



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Der Patientenpass – ein multiprofessionelles
Medium zur perioperativen Begleitung von
Patientinnen und Patienten, exemplarisch am
Beispiel der vorderen Kreuzbandplastik“

Verfasserin

Karin KLAS

angestrebter akademischer Grad

Magistra

Mai 2011

Studienkennzahl

A 057 122

Studienrichtung

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Profⁱⁿ. Mag^a. Drⁱⁿ. Hanna MAYER



universität
wien

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere, dass

ich diese Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

ich diese Arbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

diese Arbeit mit der von der Begutachterin/Betreuerin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

Danksagung

Dank gebührt Frau Profⁱⁿ Drⁱⁿ. Hanna Mayer für die konstruktiven Gespräche im Rahmen der Erstellung dieser Diplomarbeit. Ihre Betreuung zeichnete sich durch ihre Fachkompetenz und die Möglichkeit jederzeit auf Fragen prägnante und kompetente Antworten zu erhalten, aus. Ihre fachlichen „Tipps und Tricks“ fielen auf fruchtbaren Boden und ermöglichten mir, in scheinbar ausweglosen Situationen Lösungen selbst zu entdecken und Wege für die Fertigstellung dieser Diplomarbeit ausfindig zu machen und anschließend zu gehen.

Weiters möchte ich Dr. Erich Altenburger für zahlreiche fachliche Gespräche danken, durch die meinen Gedanken zusätzliches Gewicht verliehen wurde. Ebenso war seine fachliche Expertise bei der Definition der medizinischen Inhalte äußerst wertvoll. Durch seine Bereitschaft und Offenheit den Patientenpass bei und mit seinen Patientinnen und Patienten einzusetzen, zu testen und somit die Rolle als Gatekeeper zu übernehmen, hat er einen wesentlichen Beitrag zur Durchführung dieses Projektes geleistet.

Ebenso gebührt Carola Hlucil Dank. Sie war meine fachliche Ansprechperson im Bezug auf die physiotherapeutischen Inhalte. Durch ihre Erfahrung in der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Kniegelenksverletzungen wurden Übungen für die Physiotherapie im Patientenpass ausgewählt, fachlich korrekt beschrieben und fotodokumentiert.

Meiner Freundin und Studienkollegin Pamela Sitter möchte ich für unzählige fachliche und konstruktive Diskussionen herzlich danken.

Nicht zuletzt gebührt großer Dank meiner Familie, besonders meinem Mann Wolfgang und meinen Kindern Katharina und Sebastian. Ihre mentale Unterstützung und ihr Verständnis dafür, dass meine Zeitressourcen für die Familie in den letzten Jahren stark eingeschränkt waren, ermöglichten mir ein Studium zu einem Zeitpunkt, zudem normaler Weise die Berufsausbildung bereits abgeschlossen ist.

Inhaltsverzeichnis

Ehrenwörtliche Erklärung	3
Danksagung.....	4
Inhaltsverzeichnis	5
1 Einleitung	13
1.1 Intention für diese Arbeit	13
1.2 Fragestellungen für diese Arbeit	14
1.3 Vorgehensweise bei dieser Arbeit.....	14
1.4 Überblick über die Kapitel dieser Arbeit	15
I THEORETISCHER RAHMEN	17
2 Grundlagen zur Patientenberatung.....	17
2.1 Anleitung	17
2.2 Aufklärung	18
2.3 Information.....	19
2.4 Schulung.....	20
2.5 Beratung	21
2.6 Unterschiedliche Beratungsformen in der Pflege.....	27
2.6.1 Einzelberatung.	28
2.6.2 Gruppenberatung.....	31
2.7 Pädagogische Hintergründe der Erwachsenenbildung	32
2.7.1 „die Ganzheitlichkeit des Unterrichtsgeschehens“	33
2.7.2 Auswahl der zu vermittelnden Lehrinhalte und Methoden.....	33
2.7.3 „Selbsttätigkeit“ und „Erstellen von Handlungsprodukten“	34

2.7.4	Wecken von „SchülerInneninteresse“	34
2.7.5	Beteiligung der „SchülerInnen“ am Unterricht	35
2.7.6	„Öffnung der Schule nach innen und außen“	35
3	Pflegerische Beratung für Akutpatientinnen und -patienten	37
4	Kommunikation als Teil der Beratung	40
4.1	Grundlagen der Kommunikation im Behandlungssetting	41
4.2	Kommunikationsmodelle.....	46
4.2.1	Fünf Grundsätze der Kommunikation nach Watzlawick	46
4.2.2	Das Hamburger Kommunikationsmodell von Schulz von Thun	50
4.3	Kommunikation im Team im perioperativen Setting	54
4.3.1	Inhalte der perioperativen Kommunikation	56
5	Grundlagen zur Erstellung von Beratungsmaterial	58
5.1	Layout = Leserlichkeit von Beratungsmaterial	61
5.1.1	Schriftwahl	62
5.1.2	Hervorhebungen der Schrift.....	65
5.1.3	Schriftgröße	67
5.1.4	Zeilenfall = Satzspiegel.....	68
5.1.5	Zeilenabstand und Durchschuss	70
5.1.6	Seitengestaltung	72
5.2	Lesbarkeit	79
5.2.1	Flesch-Lesbarkeits-Score	82
5.2.2	Flesch-Reading-Ease für deutsche Texte	83
5.2.3	Vierte Wiener Sachtextformel.....	83

5.2.4	Fry-Lesbarkeitsformel.....	84
5.2.5	Lesbarkeitsberechnungen mittels Internetprogrammen.....	85
6	Kniegelenksverletzung - Ruptur des vorderen Kreuzbandes.....	86
6.1	Das Kniegelenk = Articulatio genus	86
6.1.1	Kreuzbänder	91
6.1.2	vorderes Kreuzband = Ligamentum cruciatum anterius = LCA = VKB.....	91
6.1.3	Inzidenz und Diagnostik der Kreuzbandruptur.....	93
6.2	Therapie der vorderen Kreuzbandruptur	97
6.2.1	Konservative Therapie	97
6.2.2	Operative Therapie.....	99
6.3	Einsatz von Orthesen.....	107
6.4	Medikamentöse Therapie nach Kreuzbandplastik	109
6.4.1	Thromboseprophylaxe	109
6.4.2	Schmerztherapie.....	112
6.4.3	„Magenschutz“ – Ulcusprophylaxe	118
7	Perioperative Pflege nach Kreuzbandplastik	120
7.1	Pflegetheoretische Grundlagen – Orem	120
7.1.1	Selbstpflege.....	121
7.1.2	Selbstpflege-Handlungskompetenz.....	121
7.1.3	therapeutischer Selbstpflegebedarf	122
7.1.4	Pflege-Handlungskompetenz	123
7.1.5	Pflegesystem	123
7.1.6	Selbstpflegetdefizit.....	124

7.2	Pflegetheoretische Grundlagen - Aktivitäten des täglichen Lebens = ATL	125
7.3	Wundpflege	126
7.3.1	Folienverbände	127
7.4	Kältetherapie = Kryotherapie	128
7.5	Topfenumschlag, Topfenwickel	130
7.5.1	Definitionen (alle Sonn, 2010, S 7):.....	131
8	Physiotherapie nach Kreuzbandplastik	135
8.1	Ziel der Physiotherapie	135
8.2	Rehabilitationsphasen	136
8.2.1	Rehaphasen nach Kolt und Snyder-Mackler	136
8.2.2	Rehaphasen nach Steinmann und Allwang	137
8.2.3	Rehaphasen nach Ebelt-Paprotny und Preis	138
8.2.4	Rehaphasen nach Schabus und Bosina	139
8.3	Übungen in der offenen und geschlossenen Kette	141
II	EMPIRISCHER TEIL	143
9	Entwicklung des Patientenpasses	143
9.1	Ziel des Patientenpasses	144
9.2	Layout des Passes	146
9.2.1	Schriftwahl	146
9.2.2	Texthervorhebungen	146
9.2.3	Schriftgröße	147
9.2.4	Zeilenfall, Zeilenabstand	147
9.2.5	Seitengestaltung; Bildmaterial	147

9.3	Definition und Begründung der Inhalte.....	149
9.4	Pflegerische Inhalte	152
9.4.1	Wundpflege.....	153
9.4.2	Kältetherapie = Kryotherapie.....	155
9.4.3	Topfenumschlag, Topfenwickel	155
9.5	Medizinische Inhalte	156
9.5.1	Das Kniegelenk = Articulatio genus	156
9.5.2	Diagnostik der Kreuzbandruptur.....	157
9.5.3	Mögliche Behandlungsformen: konservativ oder operativ.....	157
9.5.4	Transplantatwahl.....	158
9.5.5	Einsatz von Orthesen	159
9.5.6	Medikamentöse Therapie.....	159
9.5.7	Seiten für die Arzttermine.....	165
9.6	Physiotherapeutische Inhalte.....	166
9.6.1	Rehabilitationsschema nach Rehaphasen.....	167
9.6.2	Physiotherapeutische Übungen in offener und geschlossener Kette ...	168
9.6.3	Seiten für Physiotherapietermine	169
9.6.4	Photodokumentationsseiten der physiotherapeutischen Übungen.....	170
9.7	Multiprofessionelle Inhalte	172
9.8	Lesbarkeitsprüfung der Texte.....	174
9.8.1	Textpassage 1 – Allgemeine Informationen, Kapitel 1.2, Seite 5.....	175
9.8.2	Textpassage 2- Informationen über wichtige Medikamente, Kap. 2.5, S. 11	176

9.8.3	Textpassage 3 – notwendige Hilfsmittel nach der Operation, Kap. 3.4, S 20	178
9.8.4	Auswirkungen der Ergebnisse auf den Gesamttext im Patientenpass: 180	
10	Methode für die Überprüfung des Patientenpasseinsatzes	181
10.1	Theoretische Grundlagen zur Evaluationsuntersuchung	181
10.2	Datenerhebung	183
10.2.1	Das Leitfadeninterview	183
10.3	Ethische Überlegungen	184
10.3.1	Umfassende Information und freiwillige Teilnahme	185
10.3.2	Anonymität	185
10.3.3	Schutz der Einzelnen	186
11	Vorgehensweise für Einsatz, Erprobung und Evaluation des Patientenpasses in der Praxis	187
11.1	Planung der Interviews	187
11.1.1	Entwicklung der Interviewleitfäden	187
11.2	Einsatz des Patientenpasses mittels Gatekeeper	191
11.3	Ein- und Ausschlusskriterien	191
11.4	Ethische Überlegungen für die Evaluationsuntersuchung	192
11.4.1	Umfassende Information und freiwillige Teilnahme	192
11.4.2	Anonymität	193
11.4.3	Schutz der Einzelnen	194
11.5	Durchführung der Interviews	195
11.6	Auswertung der Interviews	197
12	Ergebnisse der Evaluation des Patientenpasseinsatzes	200

12.1	„Sicherheit“ durch Informationen im Patientenpass.....	200
12.2	„Wissensdefizit“ aufgrund fehlender Informationen vom Behandlungsteam	202
12.3	„Informationen“ im und aus dem Patientenpass.....	205
12.4	„Angst“ im perioperativen Setting.....	207
12.5	Verbesserungsvorschläge für den Patientenpass von Seiten der Patientinnen und Patienten.....	210
12.5.1	Verbesserungsvorschläge im Bezug auf „Komplikationen“.....	210
12.5.2	Verbesserungsvorschläge im Bezug auf Begleitverletzungen.....	211
12.5.3	Verbesserungsvorschläge im Bezug auf das Layout	211
12.5.4	Verbesserungsvorschläge im Bezug auf allgemeine Inhalte.....	211
12.6	Beurteilung des Patientenpasseinsatzes durch die Patientinnen und Patienten – Kategorie „Handling“.....	214
12.7	Nachteile bzw. zu erwartende Probleme durch den Patienten-Passeinsatz aus Sicht der Patientinnen und Patienten	217
12.7.1	Nachteile für die Patientinnen und Patienten durch den Patientenpass.....	217
12.7.2	Probleme beim Einsatz des Patientenpasses	218
12.7.3	Wem sollte der Patientenpass nicht ausgehändigt werden?.....	219
12.8	Benefits bzw. Vorteile durch den Patientenpass aus Sicht der Patientinnen und Patienten.....	220
13	Zusammenfassung und Empfehlungen	223
14	Literaturverzeichnis	229
15	Abbildungsverzeichnis.....	242
16	Anhang.....	243

16.1	MindMap: zusätzlicher Informationsfluss mittels Patientenpass	243
16.2	Patientenpass.....	244
16.3	Abstract	280
16.4	Lebenslauf.....	282

1 Einleitung

1.1 Intention für diese Arbeit

In zahlreichen Arbeiten, mit dem Fokus auf chronische Erkrankungen, konnte bewiesen werden, wie essentiell Beratung, Schulung, Information und Aufklärung für Patientinnen und Patienten für ihre Krankheitsbewältigung bzw. das Handling des täglichen Lebens ist. (z.B. Dietrich, 2001; Koch-Straube, 2001; London, 2003; Davidson und Mills, 2005; Gittler-Hebestreit, 2006;). Es konnte bei der Literaturrecherche für diese Arbeit jedoch keine einzige Arbeit im deutsch- und englischsprachigen Raum identifiziert werden, in der diese Thematik für Patienten und Patientinnen im Akutbereich, z.B. für die perioperative „Begleitung“ durch Pflegende betrachtet bzw. untersucht wurde. Somit stellte sich die Frage, ob rund um Operationen im Akutkrankenhaus nicht ebenso ein „Beratungsbedarf“ besteht, zumal ich vor einiger Zeit selbst Erfahrungen mit Krankenhausaufenthalten nach Verletzungen gemacht habe. Plötzlich selbst Patientin, zwar mit fundiertem Fachwissen aus dem Bereich der Krankenpflege, Beratung usw., konnte ich in manchen Bereichen deutliche „Wissenslücken“ bei mir erkennen. „Beratung“ im Bereich perioperative Betreuung und Begleitung im Bereich der Pflege jedoch waren für mich im Akutkrankenhaus nicht, oder nur in Ansätzen zu identifizieren. Aus diesem Grund möchte ich mich in meiner Diplomarbeit damit beschäftigen, wie Patientinnen- bzw. Patientenberatung im multiprofessionellen Setting in Österreich durchführbar sein könnte. Dabei liegt der Schwerpunkt auf die Einbringung der Pflege in die perioperative Betreuung und Begleitung, da diese zurzeit nicht oder nur kaum stattfinden dürfte.

1.2 Fragestellungen für diese Arbeit

- Bekommen Patientinnen und Patienten mit der mündlich erhaltenen Beratung/Aufklärung alle Informationen, die sie für die prä-, peri- und postoperative Behandlungsphase benötigen?
- Haben Patientinnen und Patienten die zusätzlich zur normalen Aufklärung und Beratung mit einer Begleitbroschüre = Patientenpass versorgt wurden, subjektiv das Gefühl auf ihre Fragen umfassend Information zu erhalten?
- Fühlen sich Patientinnen und Patienten die zusätzlich zur normalen Aufklärung und Beratung mit einer Begleitbroschüre versorgt wurden umfassend informiert?
- Kann der Patientenpass die Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Patienten und dem multiprofessionellen Behandlungsteam unterstützen?

1.3 Vorgehensweise bei dieser Arbeit

Begonnen wurde diese Arbeit mit einer umfangreichen Literaturrecherche in folgenden Datenbanken: Medline, PubMed, CINAHL und Cochrane. Folgende Kategorien und Schlagwörter wurden festgelegt, um danach relevante Literatur zu identifizieren:

- **Anatomie:** Kniegelenk, knee, knee joint, Kreuzband, vorderes Kreuzband, anterior cruciate ligament
- **Behandlung:** Kreuzbandplastik, reconstruction ACL, Rehabilitation, rehabilitation, Physiotherapie, Orthese, physikalische Medizin, Hydrotherapie, Kälteanwendung, Kryotherapie
- **Untersuchung:** MRT, CT, Kniegelenksuntersuchungen
- **Kommunikation:** multiprofessionelle Kommunikation, Team, Teamarbeit, interdisziplinäres Team, Arzt-Patientenverhältnis, Informationsaufnahme, perioperative Kommunikation
- **Beratung:** Aufklärung, Beratung, schriftliche Beratung, Beratungsmaterial, mündliche Aufklärung, Patienteninformation, perioperative Beratung
- **Pflegetheorien:** Orem, Rooper, ATL, Selbstpflegedefizit,
- **Pflege:** Topfenwickel, Quarkwickel, Quarkauflage, Quarkanwendung, Topfenanwendung, Verbandwechsel, Folienverbände, Wundpflege

Nach Sichtung, Auswahl und Bearbeitung der Literatur konnten die relevanten Inhalte für die Erstellung der Diplomarbeit identifiziert und eingegrenzt werden.

1.4 Überblick über die Kapitel dieser Arbeit

Die sich aus Kapitel 1.3 ergebenden und einzeln zu bearbeitenden Abschnitte werden in diesem Kapitel kurz zusammengefasst um einen Überblick über die Arbeit zu geben.

Im ersten = theoretischen Teil der Arbeit findet die Auseinandersetzung mit den Grundlagen statt. Diese unterteilen sich in folgende Kapitel:

- **Grundlagen zur Patientenberatung** – Begriffsdefinitionen, Unterschiede zwischen den Begrifflichkeiten, Beratungsformen in der Pflege, pädagogische Hintergründe zur Erwachsenenbildung → hier werden Grundlagen zur Beratung von Erwachsenen aufgearbeitet.
- **Pflegerische Beratung für Akutpatientinnen und -patienten** → Pflege und Beratungsbedarf besteht auch für Patientinnen und Patienten nach kurzem Krankenhausaufenthalt, z.B. nach operativen Eingriffen. Hier wird Bezug genommen auf klassischen Beratungsbedarf und dieser versucht auf die Situation von Akutpatientinnen und -patienten umzulegen bzw. zu begründen
- **Kommunikation als Teil der Beratung** → Kommunikation, in welcher Form auch immer, ist der wesentlichste Bestandteil von „Beratung“. Grundlagen zur Kommunikation im Setting von Beratung werden formuliert und auf bekannte und viel eingesetzte Kommunikationsmodelle im Bereich der Pflege und im medizinischen Setting umgelegt. Weiters wird Kommunikation im perioperativ arbeitenden Team thematisiert und bearbeitet.
- **Grundlagen zur Erstellung von Beratungsmaterial** → essentielle Grundlagen zu den Bereichen: Layout und Lesbarkeit werden wissenschaftlich aufgearbeitet und beschrieben
- **Inhalte des Patientenpasses** → in diesen Kapiteln (Kreuzbandruptur und deren Therapie, perioperative Pflege nach Kreuzbandplastik, Physiotherapie nach Kreuzbandplastik) werden die notwendigen pflegerischen, medizinischen und physiotherapeutischen Inhalte für den Patientenpass definiert, begründet und die Aktualität dieser wissenschaftlich belegt.

Auf Grundlage des theoretischen Teiles wird im zweiten = empirischen Teil auf die Erstellung des Patientenpasses und die Überprüfung des Einsatzes, sowie die Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse in folgenden Kapiteln eingegangen:

- **Entwicklung des Patientenpasses** → diese erfolgt unter Berücksichtigung und Bezugnahme wissenschaftlich belegter Erkenntnisse zur Erstellung von „Beratungsmaterial“. Es wird nicht nur begründet warum welche Inhalte enthalten sein müssen, sondern auch nach welchen Kriterien der Patientenpass gestaltet wurde. Weiters wird die Lesbarkeit der Texte überprüft.
- **Methode zur Überprüfung des Patientenpasseinsatzes** → es wird ein qualitativer Forschungsansatz (Evaluationsuntersuchung mittels Leitfadeninterviews) gewählt, die Vorgehensweise beschrieben und begründet. Auch die Thematisierung und Auseinandersetzung mit ethischen Aspekten findet in diesem Kapitel Beachtung.
- **Vorgehensweise bei der Erprobung des Patientenpasses** → Ein- und Ausschlusskriterien, die Definition und der Einsatz eines Gatekeepers, sowie die Durchführung der Interviews, werden in diesem Kapitel beschrieben.
- **Ergebnisse** → die aus der Untersuchung gewonnen Ergebnisse sind Inhalt dieses Kapitels. Dabei wird die Beurteilung des Patientenpasses durch die UserInnen, die möglichen Benefits, aber auch mögliche Nachteile für diese aus deren Sicht thematisiert.
- **Schlussfolgerungen und Empfehlungen** → bilden den Abschluss dieser Arbeit. Diese werden aus den gewonnenen Ergebnissen abgeleitet und es wird nachfolgend versucht Empfehlungen für eine bessere Versorgung und Betreuung von Akut-Patientinnen und Patienten im perioperativen Setting zu geben.

I THEORETISCHER RAHMEN

2 Grundlagen zur Patientenberatung

Beratung ist ein wichtiger und essentieller Bestandteil der Betreuung, Begleitung und Behandlung von Patientinnen und Patienten im perioperativen Setting. Was genau Beratung beinhalten sollte und wie sie stattfinden muss, damit sie die Bedürfnisse der Zielgruppe trifft, soll in diesem Kapitel näher betrachtet werden. Begriffe wie Anleitung, Aufklärung, Information, Schulung und Beratung werden definiert und näher betrachtet. Es soll ein grober Überblick über mögliche Formen und Abstufungen von „Beratung“ gegeben werden. Dabei sei hier festgehalten, dass der Begriff „Beratung“ in dieser Diplomarbeit explizit auch für alle anderen Teilbereiche wie Anleitung, Aufklärung, Information und Schulung synonym verwendet wird. Dies begründet sich dadurch, dass Anleitung, Information und Schulung lt. Koch-Straube jeweils nur Teilbereiche von Beratung darstellen. (vgl. Koch-Straube, 2001, S.64-65)

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass Zegelin (2006, S 16) noch einen weiteren, international verwendeten Begriff anführt, nämlich die Patientenedukation. Sie bezeichnet den Begriff als „sperrig“ für den deutschen Sprachgebrauch und schränkt weiter ein, dass er keinesfalls wortwörtlich mit „Erziehung“ zu übersetzen wäre. Eine günstige Übersetzung ist ihrer Meinung nach der Begriff „Bildung“. Für sie beinhaltet Patientenedukation die Begriffe: Information, Schulung und Beratung. Die Begriffe Anleitung und Aufklärung werden in ihrem Konzept der Patienten- und Familiedukation nicht explizit erläutert und erwähnt.

2.1 Anleitung

Jemanden anleiten ist definiert als, jemanden zu unterweisen, jemanden bei etwas leiten, führen oder auf den „rechten Weg“ zu bringen. (vgl. Duden, 2007, S 85)

SchülerInnen können zum Beispiel bei ihrer Arbeit angeleitet werden. Jemanden zu etwas anhalten, ihn etwas lehren sind weitere Möglichkeiten den Begriff anleiten zu umschreiben. Im übertragenen Sinn könnte man eine Pflegeperson, die ihre Patientinnen oder Patienten bei einer Aufgabe anleitet, als jemanden bezeichnen, der einen möglichen Weg vorzeigt, oder für eine gewisse Zeitspanne die Führung auf einem schwierigen Weg übernimmt.

Pflegende leiten ihre Patientinnen und Patienten zum Aufstehen oder zur Einnahme eines Medikamentes an. Zusammenfassend lässt sich im Bezug auf die Pflege sagen, dass Anleitung immer versucht Patientinnen und Patienten zu mehr Selbstständigkeit zu verhelfen. (vgl. Koch-Straube, 2001, S 80f)

2.2 Aufklärung

Aufklären bedeutet etwas enträtseln, klären, entschlüsseln oder etwas herauszufinden. Es kann darunter aber auch belehren, informieren oder unterrichten verstanden werden. Synonyme zu Aufklärung sind Aufdeckung, Aufhellung, Information, Erklärung oder Unterrichtung. (vgl. Duden, 2010, S 118).

Aufklären kann aber auch bedeuten, dass Klarheit in etwas Ungeklärtes gebracht wird. (vgl. Duden, 2004, S 182)

Für Schaeffer gehört Aufklärung „zu den traditionsreichen kommunikativen Interventionsstrategien – vor allem im Gesundheitswesen“ (Schaeffer, 2008, S7) und ist Mittel zur Erweiterung des Wissens. Der wesentliche Unterschied zur Information ist ihrer Meinung nach die Tatsache, dass sich Aufklärung auf die Patientinnen und Patienten zubewegt, um ein Wissensdefizit zu beheben. Sie sieht sie als Strategie zur Wissensvermittlung, die kognitive Lernprozesse auslösen soll. Es soll bei den Aufgeklärten ein Problemverständnis erzeugt werden, damit sich Einstellung und Verhalten positiv verändern können, hat also orientierenden Charakter. Aufklärung kann individuell mittels direkter Kommunikation erfolgen, oder aber mittels schriftlichen Materialien, wie z.B. Flyern und Broschüren, sowie Aufklärungskampagnen die ganze Bevölkerungsgruppen anzusprechen versuchen. Sie weist eine lose, unverbindliche Interaktionsstruktur mit variablem Beziehungsgeflecht auf, die punktuell stattfindet. Ob und wie das vermittelte Wissen von den „Empfängerinnen und Empfängern“ aufgenommen, verarbeitet, genutzt und umgesetzt wird, findet bei der Aufklärung wenig Berücksichtigung. (vgl. Schaeffer, 2008, S 7)

Schaeffer definiert folglich: „Aufklärung ist eine Interventionsstrategie, die nicht nur auf die Wissens-, sondern auch auf die Handlungs- bzw. Verhaltensebene einzuwirken beansprucht, dazu auf Wissensvermittlung setzt und sich gezielt didaktischer und zielgruppenorientierter Strategien der Wissensaufbereitung bedient.“ (Schaeffer, 2008, S 7)

2.3 Information

Der Begriff Information leitet sich vom lateinischen Wort „informare“ ab, und bedeutet bilden, Auskunft bzw. eine Form geben. Synonym wird Information für Aufklärung, Auskunft, Unterrichtung oder Hinweis verwendet. (vgl. Duden, 2004, S 496; 2006, S 453; 2010, S 511 und Brockhaus, 2001, S 413)

Eine allgemein formulierte Definition von Noelle-Naumann beschreibt: *„Information zielt auf Verminderung eines Kenntnis- oder Aktualitätsgefälles zwischen Kommunikator und Rezipient in der Absicht Ungewissheit und Unsicherheit zu beseitigen und die Orientierungsfähigkeit des Individuums zu steigern“*. (Noelle-Naumann et al, 2002, S 148)

Definitionen aus pflegewissenschaftlicher Sicht:

„Information: gezielte Mitteilung, Bereitstellung verschiedener Medien, Vermittlung relevanter Adressen in einem offenen Angebot, Recherchehilfe“ (Zegelin, 2006, S 16)

„Die Ausgangssituation der Information ist der Mangel an Wissen oder fehlende Kenntnis einer Sache. Ziel ist es die Wissenslücke zu füllen“. (Albiez, 1998; S.8)

Betrachtet man diese Aussagen so wird klar, dass Information eine der wichtigsten Interventionsstrategien im Gesundheitswesen darstellt. Wenn eine persönliche Informationseinholung nicht, oder nur schwer möglich ist, findet man Informationen schriftlich aufbereitet auf diversen Produkten und Medikamentenpackungen oder in Form von Packungsbeilagen. Information führt immer zu einem Gewinn an Wissen, dies wiederum führt zu einer Verringerung von Ungewissheit. Information ist in Form von Daten und Signalen übertragbar und ein Ereignis, das den Zustand der EmpfängerInnen beziehungsweise des Systems verändert. Auch in der „Pflege“ bzw. bei medizinischen oder physiotherapeutischen Behandlungen führt Information zu einem Wissenszuwachs und soll so in unterschiedlichen Situationen zu Verringerung von Unsicherheit führen. Ein Beispiel aus der „Pflege“ ist das Aufnahmegespräch. Ist bei einer Patientin oder einem Patienten eine Operation notwendig, so ist es die Aufgabe der Pflegeperson, meist bei der Aufnahme, über den Ablauf des Aufenthaltes zu informieren. Die Pflegeperson informiert über den Tagesablauf auf der Station, über die noch notwendigen Untersuchungen vor der Operation, etc. All diese Informationen dienen der Steigerung von Wissen und führen somit zu einer Erhöhung des Sicherheitsgefühls der Patientinnen und Patienten. Auch die Entlassung aus dem

Krankenhaus stellt eine Situation dar, bei der Informationsweitergabe einen äußerst wichtigen Stellenwert hat. Wiederum sollten die Patientinnen und Patienten an dieser Stelle über weitere Behandlungsmöglichkeiten, mögliche Hilfestellungen und Hilfsmittel, die für sie nach dem Krankenhausaufenthalt hilfreich sein könnten, informiert werden, oder die Pflegeperson gibt Tipps wie das Leben daheim nach der Operation besser bewältigbar ist. Sie hat orientierenden Charakter und soll Anregung zu kognitiven Lernprozessen, vor allem für die allgemeine Lebensführung bieten. Auch hier findet sich, wie bei der Aufklärung, eine lose und unverbindliche Interaktionsstruktur in einem variablem Beziehungsgeflecht. Da es sich bei den Rezipienten und Rezipientinnen um Laien handelt, stellt die Bereitstellung von schriftlichem Informationsmaterial einen wichtigen Aspekt dar, da sie den Betroffenen die Möglichkeit bietet, auch noch zu einem späteren Zeitpunkt, wenn ein persönliches Gespräch nicht mehr möglich ist, auf die erhaltenen Informationen zurückgreifen zu können. Eine weitere Gemeinsamkeit zur Aufklärung ist die Tatsache, dass der „Lerngewinn“ von erhaltener Information nicht kontrollierbar ist, da auf die persönlichen Lernvoraussetzungen des Individuums keine Rücksicht genommen wird. Folglich kann unter Umständen die Relevanz der erhaltenen Information möglicher Weise nicht erkannt, extrahiert und somit nicht auf die persönliche Situation umgelegt werden. (vgl. Schaeffer, Dewe, 2008, S 130ff; Zellhofer, 2007, S 40f)

2.4 Schulung

Jemanden zu schulen bedeutet, ihn in ein spezielles Aufgabengebiet einzuführen, ihn leistungsfähig zu machen. Das Substantiv „Schulung“ steht synonym für die Begriffe Ausbildung für eine Tätigkeit, Belehrung, Einführung, Einweisung, Erziehung, Lehre, Schule, Training, Unterricht und Vorbereitung. (vgl. Duden, 2010, S 773; Brockhaus, 2001, S 357)

Zegelin definiert Schulung als: *„zielorientiertes, strukturiertes und geplantes Vermitteln von Wissen/Fertigkeiten“* wobei *„am Ende eine Ergebnissicherung erfolgt“* (Zegelin, 2006, S16). Diese Definition zeigt, dass hier ein wesentlicher Unterschied zur Aufklärung, Anleitung und Information besteht, denn das Ergebnis der Schulung, also das neu erworbene „Können“ wird kontrolliert.

Schulung bezieht sich auf einen ganz konkreten Sachinhalt. Eine Pflegeperson die Patientinnen oder Patienten schulen möchte, hat ebenso eine sehr genau definierte Vorstellung davon, was sie den Patientinnen und Patienten vermitteln möchte.

Beispiele dafür wäre die Einführung in die Benutzung eines speziellen Gerätes, wie etwa eines Zuckermessgerätes, einer Schmerzpumpe oder einer Antithrombosespritze. Postoperativ oder im Bereich der Rehabilitation stellt die Einführung in die Benutzung von Krücken oder anderen Hilfsmittel einen konkreten Schulungsanlass dar. Schulung wird als geplante und prozesshafte Veranstaltung verstanden. Nach Beendigung der Schulung, sollten bzw. müssen die Geschulten die Inhalte beherrschen und auch später wieder abrufen können, z.B. indem sie in der Lage sind, daheim alleine eine Blutzuckermessung mittels des neuen Gerätes durchzuführen, oder Krücken richtig einzusetzen und damit umgehen zu können. (vgl. London; 2003; S. 21 und Zegelin, 2006, S 17ff)

2.5 Beratung

Unter Beratung versteht man in Allgemeinen die Erteilung eines Ratschlages. Auch das Geben einer Auskunft ist im Begriff Beratung enthalten. Synonyme für Beratung sind: Empfehlung, Unterredung, Auskunft, Information und Besprechung. Der Begriff Rat bedeutet ursprünglich, die Besorgung der Mittel, die zum Lebensunterhalt notwendig sind. Daraus lassen sich zum Beispiel die Worte Hausrat und Heirat ableiten. (vgl. Duden, 2010, S 190;)

Zahlreiche PflegewissenschaftlerInnen haben sich mit Definitionen für den Begriff Beratung beschäftigt. Exemplarisch werden folgend einige herausgehoben und näher betrachtet.

Koch-Straube stellt einige Fragen zu Beratung in der Pflege:

„Beratung in der Pflege: ein Nebenschauplatz, eine Selbstverständlichkeit, ein zentraler Bereich der Pflege?“ (Koch- Straube, 2000, S.1)

Für sie ist Beratung in der Pflege mehr als „Begleitmusik“ jeder pflegerischen Handlung, vielmehr sieht sie sie, als einen zentralen Bereich der Pflege, der nicht allein als Aufgabe von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Seelsorgerinnen und Seelsorgern und der Ärzteschaft gesehen werden sollte. (vgl. Koch- Straube; 2000; S.1)

Professionelle Beratung setzt für sie dann ein, wenn die individuelle Kompetenz, oder das informelle Hilfsnetz für die Bewältigung einer krisenhaften Situation, nicht mehr ausreicht. Beratung ist also mehr, als die menschliche Fähigkeit zur Unterstützung, zur Hilfe und zum Beistand. Informieren, Trainieren, Anleiten, Trösten und Empfehlen

alleine sind noch keine Beratung. Ziel von Beratung ist es, dem Patienten eine befriedigendere und erfülltere Lebensweise zu ermöglichen. (vgl. Koch- Straube; 2001; S.64-66)

Für Engel ist *„Beratung, insbesondere Gesundheitsberatung in der Pflege ist ein Prozess, bei dem in Zusammenhang mit einzelnen Patienten oder Patientengruppen Lösungen zu existierenden oder potentiellen Problemsituationen, die den Gesundheitszustand der Patienten betreffen, erarbeitet werden.“* (Engel, 2006, S.35)

Auch sie sieht Beratung nicht als einen integralen Bestandteil einzelner Pflegehandlungen. Beratung ist eine professionelle Leistung von Pflegepersonen, welche eine eigenständige, von einem konkreten Beratungsbedarf ausgehende, patientenbezogene Aufgabe darstellt. (vgl. Engel; 2001; S.34)

Zegelin definiert Beratung als: *„ergebnisoffenen dialogischen Prozess, in dem eine individuelle und bedürfnisgerechte Problemlösung vorbereitet wird.“* (Zegelin, 2006, S 16).

Für sie ist die individuell auf die Patientinnen und Patienten zugeschnittene Beratung notwendig, damit die Betroffenen eigene Entscheidungen treffen und um ein Verständnis für Verhaltensänderungen entwickeln zu können, die für langfristige Behandlungen von Nöten sind. Beratung ist für sie nicht nur bei chronischen Erkrankungen essentiell, sondern auch für Patientinnen und Patienten bei „akuten Krankenhausaufenthalten“, da die Verweildauer nach Operationen bzw. Behandlungen in den Krankenhäusern immer kürzer werden und somit die Betroffenen und ihre Angehörigen mit diversen pflegerelevanten und therapeutischen Situationen daheim konfrontiert werden, bzw. diese bewältigen müssen. (vgl. Zegelin, 2006, S 16f)

Für Schaeffer ist Beratung *„...die Unterstützung in einer unüberschaubaren individuellen Problemsituation, mit dem Ziel, den Ratsuchenden zu befähigen, zu tragfähigen Problemlösungsstrategien zu gelangen.“* (Schaeffer, 2008, S 8). Gemeinsam erarbeitete Orientierungs- und Deutungshilfen sollen Lösungsmöglichkeiten aufzeigen und die Ratsuchenden in Folge befähigen diese im täglichen Leben umzusetzen.

Das Beratungsgeschehen wird von Krursel *„verstanden als das Ziel, Menschen zu begleiten im Prozess der Integration von krisenhaften und belastenden Ereignissen in das Lebensganze“* mit dem *„Ziel ... die Hilfe suchende Person zu entlasten und zu befähigen, mit dem Problem selbst umzugehen“* (Krursel, 2008, S12) Er formuliert, dass die zu Pflegenden und deren Angehörige alle notwendigen Hilfestellungen, wie Beratung,

Anleitung, Schulung, von den Pflegefachkräften erhalten müssen, damit sie ihre Lebensgestaltung neu entwickeln und dadurch ihre Lebensqualität verbessern können. Doll und Hummel-Gaatz legen ihrer Definition von Beratung zahlreiche Beratungskonzepte zugrunde und stützen diese außerdem auf eine empirische Untersuchung: *„Beratung in der Pflege ist ein Beziehungsprozess zwischen Pflegenden und Patienten bzw. seinen Bezugspersonen mit dem Ziel, sie bei der Krankheits- und Krisenbewältigung zu unterstützen. Dies geschieht durch unterstützen beim Bewältigen von Problemen, beim Finden von Entscheidungen, durch Fördern, Entdecken und Erhalten von Ressourcen und Unterstützen beim Auseinandersetzen mit veränderten Lebensumständen und den daraus resultierenden Emotionen.“* (Doll u. Hummel-Gaatz, 2006, S. 208). Sie beschreiben weiterhin den Beratungsprozess als Problemlösungsprozess indem sie 6 Phasen wie folgt definieren und beschreiben: Phase 1 = Beziehung herstellen, Phase 2 = Beratungsbedarf bzw. Beratungsbedürfnisse erfassen, Phase 3 = Beratungsziele aushandeln, Phase 4 = Lösungen entwickeln, Phase 5 = Beratungsprozess reflektieren und Phase 6 = Beratung beenden. Diese Aufteilung in die sechs Beratungsphasen macht deutlich, dass Beratung eine komplexe pflegerische Handlung darstellt, für die das Pflegepersonal besonders geschult und ausgebildet werden muss. (vgl. Doll, Hummel-Gaatz, 2008, S. 209f).

Der Anlass für eine Beratung ist also immer etwas wie eine Krise, oder eine Veränderung. Beratung sieht sich als etwas Vorübergehendes und hat zum Ziel die größtmögliche Unabhängigkeit für den/die zu Beratenden zu erreichen. Legt man die oben ausgeführte Definitionen und Beschreibungen von Beratung auf die Pflege um, so erscheinen die Möglichkeiten für Beratungssituationen in der Pflege schier unerschöpflich. Beispielhaft seien hier z.B. Beratung bei chronischen Erkrankungen, Beratung im perioperativen Setting, Beratung über Pflegehilfsmittel, Ernährungsberatung und Angehörigenberatung erwähnt.

Zellhofer schreibt (2007, S. 25) nach ausführlicher Literaturrecherche zum Thema Beratung und Beratungsbedarf zusammenfassend, dass für Patientinnen und Patienten das Pflegepersonal und die Ärzteschaft die *„bedeutendste Informationsquelle“* darstellen. Es tritt aber auch Unzufriedenheit auf Seiten der Patientinnen und Patienten mit den erhaltenen Informationen und mit der Art und Weise wie die Kommunikation stattfindet, zu Tage. Dies liegt zum Einen darin begründet, dass das Bedürfnis für Information, aber auch für Beratung nicht ausreichend wahrgenommen wird und zum

Anderen Beratung und Information oft nur dann stattfinden, wenn sie von den Patientinnen und Patienten aktiv eingefordert werden. Als weiteren Unzufriedenheitsfaktor konnte sie identifizieren, dass sich die Kommunikationsproblematik und die Informationsdefizite über den gesamten Behandlungsverlauf zog und diese nicht nur die Kontakte zwischen Behandlungsteam und Patientinnen und Patienten betraf, sondern auch die Kommunikation mit den Angehörigen einschloss.

Es stellt sich also die Frage: was sollte bzw. muss das Ziel von Beratung sein? Nach Redman ist das Ziel der Beratung und Information von Patientinnen und Patienten deren autonome Entscheidungsfähigkeit zu unterstützen bzw. diese durch Information und Aufklärung überhaupt erst möglich zu machen. (vgl. Redman; 2004; S.7)

Die momentan gängige Praxis in Österreich unterscheidet sich von der Aussage Redmans grundlegend. Patientinnen und Patienten leisten hierzulande den Anordnungen und Entscheidungen von Ärzten und Ärztinnen, Pflegepersonen und Therapeuten und Therapeutinnen, zum Großteil ohne diese zu hinterfragen, bedingungslos Folge. Noch immer bekommen nur wenige Patienten und Patientinnen die Möglichkeit sich an der Entscheidungsfindung maßgeblich und gleichberechtigt zu beteiligen. Gründe und Ursachen hierfür liegen möglicher Weise darin, dass ein paternalistisches Behandlungsmodell noch immer sehr präsent ist und andererseits viele Patientinnen und Patienten nicht über das nötige Wissen verfügen, um sich effizient an einer Entscheidungsfindung beteiligen zu können. Das Ziel sollte aber auch in Österreich sein, dass Patienten und Patientinnen nach Beratung und Information in der Lage sind, aufgrund der erhaltenen Informationen ihre individuelle und autonome Entscheidung bezüglich ihrer Behandlung/Therapie treffen, bzw. diese nach Entlassung aus dem Krankenhaus auch selbstständig durchführen zu können.

Wie bereits erwähnt braucht Beratung immer einen Anlass, dies kann ein Problem oder eine Krise sein und derer scheint es in der Pflege genug zu geben. Da sich gelungene Pflegeberatung aber nicht als das lediglich Erteilen von guten Ratschlägen verstanden wissen möchte, ist es notwendig die erforderlichen Kompetenzen schon in der Grundausbildung zu vermitteln. Beratungskompetenz „fällt nicht vom Himmel“, sie ist eine zusätzlich zu erwerbende Fähigkeit, die neben dem speziellen Fachwissen und der ebenfalls für gelungene Beratung erforderlichen Empathie eine

Schlüsselqualifikation in der Pflege darstellt. Beratung ist eine anspruchsvolle Tätigkeit und erfordert vom Berater bzw. der Beraterin psychologisches und pädagogisches Wissen. Leider ist die beschriebene Immanenz der Beratung in der Pflege noch nicht selbstverständlich und es besteht der Bedarf Pflegepersonen die erforderlichen Kompetenzen in der Ausbildung zu vermitteln. (vgl. Abt-Zegelin; 1999; S.1-2)

Bei der Beratung spielt die Kommunikation mit und zwischen den Beteiligten eine wesentliche Rolle. Sie ist ein zentraler Anker für das Gelingen, weshalb der Kommunikation in der Beratung ein eigenes Kapitel in dieser Arbeit gewidmet wird (siehe Kapitel 3, Kommunikation als Teil der Beratung). Schaeffer und Dewe unterscheiden dabei zwischen direkter bzw. personaler und indirekter bzw. medialer Kommunikation. Besonders der indirekten Kommunikation, die auch von Abt-Zegelin als wesentlicher, unterstützender Erfolgsfaktor für eine gute Beratung identifiziert wird, schenkt man heutzutage noch zu wenig Aufmerksamkeit. Für die indirekte Kommunikation muss gutes Beratungsmaterial zur Verfügung stehen. Dieses Material kann z.B. in Form von Broschüren, in denen sowohl Information, als auch aufklärende und beratende Inhalte vorhanden sind, als Ergänzung zur direkten Beratung ausgehändigt werden. Wichtig dabei ist, dass dieses Material strukturiert und nach bestimmten Gesichtspunkten gestaltet und aufbereitet wird. Da die Erstellung von gutem Informationsmaterial eine extrem komplexe und umfangreiche Thematik beinhaltet, wird auch ihr ein eigenes Kapitel in dieser Arbeit gewidmet (siehe Kapitel 5, Erstellung von schriftlichen Beratungsmaterialien). (vgl. Schaeffer und Dewe, 2008, S 129f; Abt-Zegelin, 2007, S 1075; Zegelin, 2006, S 20)

Eine wichtige und oftmals ungenutzte Ressource sind die Patientinnen und Patienten selbst. Regelmäßige Befragungen zu ihren Wünschen und Bedürfnissen, also was fehlt, wo wären Verbesserungen möglich oder nötig, was würde helfen, um Beratung zu verbessern, da damit genau auf die Bedürfnisse der zu Beratenden eingegangen werden kann. Es darf nicht vergessen werden, dass ein chronisch kranker Mensch durch die Auseinandersetzung mit seiner Krankheit über die Zeit quasi selbst zu einem Experten für seine Erkrankung wird und sich Bewältigungsstrategien zu Recht legt. Warum also dieses „Expertenwissen“ nicht nutzen und ins Pflegeteam tragen? Die Situation, dass der chronisch kranke Mensch als Experte gesehen wird steht außer Zweifel. (vgl. Albiez; 1998; S12). Besonders an chronischen Erkrankungen leidende Menschen haben sich in der Regel über ihre Krankheit gut informiert und können eine

große Ressource für das Behandlungsteam darstellen. Trotzdem haben Kaspar et al (2009, S 77) in einer Studie herausgefunden, dass 68% der Befragten, an MS¹ erkrankten und im Prinzip gut über ihre Krankheit informierten Patientinnen und Patienten den Wunsch äußerten, die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten noch besser aufgezeigt zu bekommen, damit sie befähigt würden Entscheidungen über das weitere Vorgehen mit dem Behandlungsteam gemeinsam treffen zu können. Solche Ergebnisse sollten Anlass geben, die Betroffenen noch mehr zu hören und auf ihre Bedürfnisse im Bezug auf Beratung besser einzugehen.

Beim Akutpatienten ist eine Expertise bezüglich der Erkrankung oder Verletzung in der Akutsituation sicherlich noch nicht in diesem Maße gegeben. Retrospektiv betrachtet, könnten aber auch Akutpatienten ihre Erfahrungen mit der Erkrankung/Verletzung einbringen, würde man sie in die Erstellung von Beratungsmaterialien, besonders im Bezug auf die nötigen Inhalte, involvieren. Es stellt sich die Frage, warum bisher der Beratungsbedarf bei AkutpatientInnen nicht in dem Maße gesehen wurde, wie er vielleicht gegeben ist. Betrachtet man die Situation, dass Patientinnen und Patienten nach Operationen immer kürzere Aufenthaltszeiten im Krankenhaus haben, bzw. teilweise sogar ambulant operiert werden und somit der Kontakt zur betreuenden Pflegeperson in der postoperativen Phase fast völlig entfällt, so erfordert dies von den Betroffenen, dass sie sich für sie neues Wissen und Fertigkeiten, z.B. setzen von s.c.². Injektionen zur Thromboseprophylaxe, sehr rasch aneignen müssen, um das Selbstmanagement im Alltag übernehmen zu können. Dabei ist auch von den Betreuenden (Pflegepersonal, Ärzteschaft, Therapeuten und Therapeutinnen) rasch zu detektieren, welcher Bedarf an Beratung besteht. Dies stellt eine besondere Herausforderung dar, da die einzelnen Professionen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten teilweise erheblich unterschiedlich einschätzen. (vgl. Weibel et. al, 2009, S 165f) Patientinnen und Patienten setzen sich zudem in der Akutphase, während des häufig sehr kurzen Krankenhausaufenthaltes, ihrer Krankheit bzw. Verletzung oft nicht umfassend damit auseinander, da die körperlichen Symptome im Vordergrund stehen und ein „sich pflegen lassen“ im Vordergrund steht. Werden sie dann nach Hause entlassen, bemerken sie häufig erst in ihrer gewohnten Umgebung, dass sie sehr wohl Probleme mit der Bewältigung ihrer momentanen Situation im

¹ MS = multiple Sklerose

² s.c.= subcutan = Injektion des Medikamentes unter die Haut

Alltag haben und Fragen offen geblieben sind. Hilfe durch erfahrene Pflegekräfte, die in der Sprache der Patientinnen und Patienten sprechen, um angeleitet, geschult, informiert und beraten zu werden, gibt es in dieser Situation keine mehr. Es bleibt ein Wissensdefizit, das sogar als NANDA³-Pflegediagnose gestellt werden kann und es gibt in der momentanen Betreuungs- und Versorgungssituation in Österreich niemanden, der diesen Patientinnen und Patienten professionell beistehen kann. Es handelt sich bei diesen offenen und unbeantworteten Fragen nicht mehr um fehlende Informationen bezüglich der Erkrankung und Verletzung im engeren Sinn, sondern vielmehr darum, wie jetzt in dieser neuen Situation mit z.B. einer Wunde umgegangen werden soll, wie eine Injektion richtig zu verabreichen ist, was kann ich bei starken Schmerzen tun, wie organisiere ich mein tägliches Leben? Die meisten dieser Fragen sind nicht im Focus bei der Aufklärung und Information durch die Ärzteschaft. Trotzdem betrachtet noch immer eine Vielzahl von MedizinerInnen die pflegerische Beratung als nicht wirklich essentiell und sieht sie zum Teil sogar als Bedrohung des ärztlichen Informationsmonopols. Dass aber gerade die eigenständige von der Pflege durchgeführte, gezielte und auf die Patientinnen und Patienten zugeschnittene Beratung eine sinnvolle Ergänzung zur ärztlichen Information bieten kann, ja sogar eine Notwendigkeit dazu besteht, muss noch deutlich mehr in den Betreuungsfokus in Österreich gerückt werden. Zegelin hat mit der Einrichtung von Patienteninformationszentren an Krankenhäusern in Deutschland und mit strukturierter, durch Info- und Beratungsmaterial unterstützter Beratung einen gangbaren Weg aufgezeigt und bereitet, der auch in Österreich eingeschlagen werden sollte. (vgl. Zegelin, 2006, S 16ff; Abt-Zegelin, 2007, S 1074f; Krursel, 2008, S 12f)

2.6 Unterschiedliche Beratungsformen in der Pflege

Spricht man von Beratung in der Pflege, so muss immer im Fokus der Betrachtung liegen, dass es sich dabei um professionelle Beratung handelt. Piechotta definiert professionelle Beratung in der Pflege wie folgt:

„Professionelle Beratung ist ein interaktiver Prozess, der darauf zielt, Unsicherheiten, Fragen, Probleme und Krisen zu klären und mögliche Lösungsansätze aufzuzeigen. Der sowohl das Selbstwertgefühl als auch das Selbstbewusstsein der zu beratenden Person sowie ihre Ressourcen und Kompetenzen fördert und das Selbsthilfepotential aktiviert und das Wohlbefinden erhöht bzw. stabilisiert.“ (Piechotta, 2006, S 215)

³ North American Nursing Diagnosis Association

Professionelle Beratung durch die Pflege, egal in welcher Sozialform sie stattfindet, folgt immer folgenden Prinzipien bzw. ist durch sie charakterisiert: Problemlösungsorientierung = die durch die zu Beratenden formulierten Probleme und deren Lösung stehen im Mittelpunkt der Beratung. Freiwilligkeit = es darf kein Zwang zur Beratung bestehen und es muss die Möglichkeit bestehen eine begonnene Beratung jederzeit wieder abbrechen zu können. Niederschwelligkeit = will sagen, dass Beratung einzuholen für jeden Menschen einfach möglich sein muss, was sicherlich eine der größten Hürden für Beratung zurzeit darstellt. Unabhängigkeit und Neutralität = Beratung sollte für jedermann zugänglich sein, egal welcher ideellen, finanziellen, sozialen, parteilichen usw. Gruppe man angehört. Nutzerorientierung = Beratung sollte den Adressaten und nicht den Anbietern dienen, ebenso wie die Arbeitsweise auf die Adressaten ausgerichtet sein sollte und somit eine Interaktion mit den zu Beratenden aufweist. Fallbezogenheit = hier geht es nicht immer um den Einzelfall wie bei der Einzelberatung, denn der „Fall“ ist nicht gleichzusetzen mit dem klinischen Fallbegriff. Ein Fallverständnis im Sinne von sozialen Kontexten und Konstellationen unter denen Betroffene leben, kann hier zugrunde liegen. Dies kommt besonders bei der Gruppenberatung zu tragen, bei der sich die Beratung auch auf das soziale Umfeld erstrecken kann. (vgl. Schaeffer und Dewe, 2008, S 138ff)

2.6.1 Einzelberatung.

Bei der Einzelberatung wird jeweils nur eine Patientin bzw. Patient mit Informationen versorgt. Engel definiert sie wie folgt:

„Einzelberatung stellt die kleinste Sozialform der Beratung dar und ist eine dyadische Auseinandersetzung zwischen Patient und Pflegeperson.“ (Engel, 2006, S.64)

Sie hat ihren Ursprung in der Psychotherapie und der Sozialarbeit. Der Einsatz von Einzelberatung ist von besonderem Vorteil, wenn Patientinnen und Patienten zum Beispiel Schwierigkeiten haben sich gegenüber anderen Pflegepersonen zu öffnen, wenn der Konflikt den Umgang mit anderen (insbesondere mit Angehörigen) mit einschließt, dem Patienten eine intensive Kommunikation mit der Pflegeperson im Vordergrund steht oder Patienten eine Beratungssituation wünschen, in der sie im Mittelpunkt stehen. (vgl. Engel; 2001; S.64-65)

Nothdurft unterscheidet bei der Einzelberatung noch weiter, in **personenzentrierte Beratung** (Fokus der Beratung liegt auf den Problemen und Fragen von einzelnen Personen, die Gespräche ergeben sich eher sporadisch und auf Intuition hin), **Expertenberatung** (Betroffene haben ihre Probleme selbst erkannt, BeraterInnen sollen Lösungen bzw. Lösungsvorschläge liefern) und **Prozessberatung** (Besonderheit ist die Gestaltung der Beratungsbeziehung zwischen den zu Beratenden und den BeraterInnen, wobei das Problem und die Lösungen gemeinsam identifiziert und erarbeitet werden). (vgl. Nothdurft, 2008, S 388f)

Einzelberatung kann in unterschiedlicher Form angeboten und durchgeführt werden. Wesentliche Unterscheidung dabei ist die räumliche Kopräsenz der TeilnehmerInnen bzw. deren räumliche Trennung. Folglich lassen sich die anschließend beschriebenen Formen unterscheiden:

2.6.1.1 Face-to-Face Beratung

Unter Face-to-Face Beratung versteht man Beratungssituationen in denen die BeraterInnen den BeratungsempfängerInnen in einer räumlichen Kopräsenz begegnen. Dies kann in der kleinstmöglichen Form, nämlich dem Vier-Augen-Gespräch bei der Einzelberatung, aber auch in einer Gruppe stattfinden. Klassischer Weise findet Patientinnen- und Patientenberatung in dyadischen Konstellationen statt, da diese Form der Beratung einen sehr hohen Stellenwert bei den Ratsuchenden hat. Merkmale der Face-to-Face Beratung sind eine Terminvereinbarung für die Beratung und die Möglichkeit des Aufbaus einer persönlichen Beratungsbeziehung, die als eine der wichtigsten Dimension dieser Beratungskonstellation bezeichnet wird. Nicht nur die verbale, sondern auch die nonverbale Kommunikation ist von besonderer Bedeutung. Weiters ermöglicht sie ein gemeinsames „Durcharbeiten“ von schriftlichen Unterlagen (z.B. Befunden, Arztbriefen, Beratungsmaterialien) als wesentliche Ergänzung der Beratungsleistung. Die Ratsuchenden benötigen keine oder nur geringe Medienkompetenz, selbst bei Analphabeten wäre diese Form der Beratung möglich.

(vgl. Schmidt-Kaehler et al, 2008, S177ff)

Als Nachteile dieser Beratungsform ist der teilweise erhebliche Zeitaufwand auf beiden Seiten zu nennen. Ein weiterer Punkt der erwähnenswert scheint ist, dass die Ratsuchenden quasi auf die Beratung „zugehen“ müssen, um Beratung in Anspruch nehmen zu können. Das setzt wiederum Mobilität in irgendeiner Form bei den Patientinnen und Patienten voraus. Die geringe Dichte an Beratungsstellen stellt eine zusätzliche Hürde dar. Nicht zuletzt sei aber die fehlende Anonymität während der Beratung zu erwähnen, die eine nicht unerhebliche Zugangsbarriere darstellen kann, da Ratsuchende Eingriffe in die persönliche Autonomie befürchten könnten.

(vgl. Schmidt-Kaehler et al, 2008, S181f)

2.6.1.2 Telefonberatung

Die Telefonberatung zählt zu den medial vermittelten Beratungsformen, wobei das Telefon das wichtigste Medium darstellt. Die Nutzung eines Telefons ist heutzutage flächendeckend möglich und praktisch in allen Bevölkerungsschichten, egal wie diese betrachtet werden, Standard. Zur Nutzung von Telefonberatung gibt es kaum gesicherte Daten, wobei davon ausgegangen wird, dass diese Form der Beratung die am Häufigsten frequentierte darstellt. Betrachtet man den Zeitaufwand so ist der Beratungskontakt bei einer Telefonberatung deutlich kürzer als bei der Face-to-Face Beratung, wie Schaeffer et al in ihrer Untersuchung aus 2005 herausgefunden haben. Bei der Telefonberatung ist die verbal-auditive Kommunikation das zentrale Beratungselement, mit dem auch große räumliche Distanzen überbrückt werden kann. Ein möglicher Nachteil ist das Fehlen der nonverbalen Kommunikation, was jedoch durch eine größere Sensitivität beim Zuhören „zwischen den Zeilen“ und beim Einsatz von Sprachbetonung und Sprachmelodie teilweise kompensiert werden kann. Dies kann allerdings wiederum auch als Ressource gesehen werden. Die Anonymität bei der Telefonberatung, die gleichzeitig eine gewisse Nähe bei räumlicher Distanz ermöglicht, bietet für viele Ratsuchende eine ideale Voraussetzung für Beratung. Weitere Vorteile liegen darin, dass sich beide Parteien während des Gesprächs Notizen machen können, ohne vielleicht ein Gefühl der Respektlosigkeit, weil das Gesagte aufgeschrieben wird, beim Gegenüber zu erzeugen, bei der geringeren Verbindlichkeit der Telefonberatung (ein Gespräch kann jederzeit unterbrochen werden) und in einer vorurteilsfreien Beratung, da der optische Eindruck des Gegenübers wegfällt. Betrachtet man all dies, so ist anzumerken, dass die Telefonberatung eine niederschwellige Beratungsform darstellt, die in unserem Lebensumfeld leicht umzusetzen ist. (vgl. Schmidt-Kaehler et al, 2008, S182ff)

2.6.1.3 Internetgestützte Beratung

Die internetgestützte Beratung wird hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt, da sie eine Sonderform darstellt bei der die Grenzen zwischen einfach aufbereiteter Information und Beratung fließend verlaufen. Dies liegt darin begründet, dass vor allem jüngere und chronisch kranke Menschen, die auch als Gesundheitssurfer bezeichnet werden, sich Informationen im World Wide Web suchen, ohne persönliche Kontakte mit BeraterInnen anzustreben. Auf der anderen Seite gibt es zahlreiche Foren in denen medizinisches Personal (Pflegepersonal, Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten) auch auf direkte und individuelle Fragen von Ratsuchenden eingehen. Die Qualität dieser Informationen ist für Laien in der Regel kaum zu überprüfen und folglich stellen Fehl- oder Falschinformationen, die aus dem Internet erhalten wurden für medizinisches Personal manchmal erhebliche Schwierigkeiten dar, müssen diese dann bei persönlichem Kontakt oft richtig gestellt werden.

(vgl. Schmidt-Kaehler et al, 2008, S187ff)

2.6.2 Gruppenberatung

Gruppenberatung wird immer in Face-to-Face Form durchgeführt. Im Hinblick darauf erscheint es wünschenswert, dass Pflegepersonen ihre Tätigkeit als BeraterInnen auch im selbstständigen Bereich verstärkt wahrnehmen. Die Gruppenberatung ist eine Möglichkeit Zeit zu „sparen“ und somit die knappen Ressourcen im Gesundheitsbereich effektiv einzusetzen. Sie gibt neben dem Effekt der Zeitersparnis den Teilnehmern auch die Gelegenheit zur Diskussion mit „gleichgesinnten“. Einschränkend muss aber erwähnt werden, dass sich die Beratung in der Gruppe nicht zur Bewältigung individueller und persönlicher Probleme eignet. Vielmehr können bei dieser Form der Beratung aber allgemeine Informationen, die für eine bestimmte Erkrankung relevant sind, diskutiert geschult und bearbeitet werden. Die Möglichkeit in der Gruppe Menschen zu begegnen, die man in der Regel nicht kennt, aber denen es genauso geht wie einem selbst, die vergleichbare Dinge erlebt und ähnliche Probleme haben, stellt einen positiven Aspekt der Gruppenberatung dar. Für Koch-Straube liegt der Schwerpunkt der Gruppenberatung in der Aufarbeitung vor allem der psychosozialen Probleme der Erkrankung bzw. deren Folgen. Durch die wechselseitige Wahrnehmung der Probleme und Bewältigungsschritte der einzelnen Gruppenmitglieder entsteht ein Synergieeffekt, der sich positiv auf den Umgang und die Bewältigung der Erkrankung auswirkt. (vgl. London; 2003; S.256; Koch-Straube, 2001, S 69))

Engel unterstreicht diese Ausführungen mit folgendem Zitat:

„Aufgaben bzw. Probleme werden in Gruppen oftmals effizienter gelöst als von der gleichen Anzahl von Einzelpersonen.“ (Engel, 2006, S.65)

Beispiele für Gruppenberatung sind Stillgruppen, Geburtsvorbereitungskurse, Ernährungsberatung, Diabetikergruppen.

2.7 Pädagogische Hintergründe der Erwachsenenbildung

Um Patientinnen und Patienten professionell beraten zu können, müssen sich die Beratenden Wissen in der Erwachsenenbildung angeeignet haben. Hier können BeraterInnen durchaus die Grundlagen Schewior-Popps zum handlungsorientierten Lehren und Lernen auf den Bereich der Beratung einsetzen. Schewior-Popp beschreibt sowohl *„die Ganzheitlichkeit des Unterrichtsgeschehens“* das sich auf die *„Schüler“* bezieht, als auch auf die *„Auswahl der zu vermittelnden Lehrinhalte“* und der zur Anwendung kommenden Methoden. Weiters legt sie Wert auf Selbsttätigkeit mit dem Ziel die Handlungskompetenzen zu fördern und auf das gemeinsame Erstellen von *„Handlungsprodukten“*. Auch das Wecken von *„Schülerinteresse“* zum Zweck des Entdeckens fachlicher Notwendigkeiten und die Beteiligung des *„Schülers“* an der Planung und Durchführung des *„Unterrichts“* sind Eckpfeiler ihres Ansatzes. Last but not least verweist sie auf die Wichtigkeit der Öffnung der *„Schule“* nach innen (andere Fächer und KollegInnen) und nach außen (verschiedene *„Lernorte“*) und auf ein ausgewogenes Verhältnis von *„Kopf- und Handarbeit“* die ihrer Meinung nach gleichwertig betrachtet werden müssen. (vgl. Schewior-Popp; 1998; S 13)

Ebenso im Sinne der Erwachsenenbildung muss Beratung bestimmte Merkmale aufweisen. Dazu gehört unter anderem, dass Beratung auf Freiwilligkeit basieren muss. Dies bedeutet, dass ein Abbruch der Beratung von Seiten der Patientinnen und Patienten jederzeit möglich sein muss, genauso wie ein Zwang zur Teilnahme daran nicht ausgeübt werden darf. Weiters sollte Beratung nicht bevormunden, d.h. die Autonomie der Patientinnen und Patienten zu respektieren. (vgl. Schaeffer, 2008, S 8f)

Wie können diese Ansätze nun auf *„Beratung“* im weitesten Sinne umgelegt werden? Als *„SchülerInnen“* sind hier die zu Beratenden zu sehen, in die Rolle der LehrerInnen schlüpfen die BeraterInnen.

2.7.1 „die Ganzheitlichkeit des Unterrichtsgeschehens“

Nun auch in der Beratung ist eine ganzheitliche Betrachtung der zu Beratenden wichtig. Das beginnt mit der Einstufung der kognitiven Fähigkeiten des Gegenübers (z.B. Beeinflussung durch das Alter der Patienten und Patientinnen? Was ist an Vorwissen bereits vorhanden? Welche Schulbildung haben die Patientinnen und Patienten? Gibt es Einschränkungen aufgrund der Erkrankung? u.v.m.), geht weiter beim persönlichen und sozialen Umfeld (z.B. In welcher finanziellen Situation befinden sich die zu Beratenden – können eventuell teure Therapien überhaupt finanziert werden? Gibt es im Umfeld Unterstützung von Familie und/oder Freunden? Wie sind die Wohnumgebung bzw. Gegebenheiten in denen die Patientinnen und Patienten leben? Stehen die Patientinnen und Patienten noch im Arbeitsprozess? u.v.m.) und sollte letztendlich auch den physischen und psychischen Voraussetzungen (z.B. Sind die Patientinnen und Patienten zurzeit aufgrund ihrer Erkrankung in einem psychischen Tief? Ist die körperliche Leistungsfähigkeit eventuell aufgrund einer konsumierenden Erkrankung herabgesetzt? Sind die Patientinnen und Patienten überhaupt körperlich dazu in der Lage „Gelehrtes“ auch umzusetzen? u.v.m.) der zu Beratenden Rechnung tragen.

2.7.2 Auswahl der zu vermittelnden Lehrinhalte und Methoden

Zu allererst muss herausgefiltert werden, was bereits an Vorwissen vorhanden ist, um die zu vermittelnden Inhalte darauf abstimmen zu können. Es macht wenig Sinn, nur „oberflächliches Basiswissen“ zu vermitteln, wenn die Patientinnen und Patienten, um mit ihrer Erkrankung umgehen zu können, auch „Fachwissen“ benötigen. Dies gilt natürlich genauso für die Schulung und Beratung von Angehörigen und privaten BetreuerInnen. Hier gilt auch zu beachten, dass Lehrinhalte konsistent vermittelt werden, d.h. sind mehrere BeraterInnen eventuell sogar in unterschiedlichen Settings (z.B. Krankenhaus, Beratungseinrichtung, Hauskrankenpflege) daran beteiligt, müssen die Lehrinhalte der einzelnen BeraterInnen aufeinander abgestimmt und natürlich auch inhaltlich konsistent sein, um ein gutes „Beratungsergebnis“ zu erreichen. Es macht wenig Sinn wenn im Krankenhaus z.B. eine Verbandstechnik nach Schema A vermittelt wird und die Hauskrankenpflege schult nach Schema B. Das führt zu Verunsicherung und Verwirrung und hat eventuell zur Folge, dass die Patientinnen und Patienten dann ihre eigene Methode nach Schema C entwickeln und anwenden. Bei den zur Anwendung kommenden Methoden sollten die BeraterInnen die Art des

Lerntyps ihrer Patientinnen und Patienten erheben. Die Lerntypen lassen sich mittels Fragebögen erheben z.B. mit dem Lerntypfragebogen von David Kolb (übersetzt von B. Jug und M. Rosenberg). Bei Patientinnen und Patienten die eher akustische Lerntypen sind werden z.B. Lehr CDs gute Erfolge bringen. Würden solche Lernmethoden bei einem visuellen Lerntyp zum Einsatz kommen, wäre der Erfolg wahrscheinlich gering. Wichtig zu wissen ist, dass die meisten Menschen so genannte Mischtypen sind und daher ist es sinnvoll zwei oder drei Methoden miteinander zu kombinieren, um einen maximalen Erfolg zu erzielen, also z.B. eine persönliche Beratung unterstützt mit einer Infobroschüre oder einer CD für zu Hause.

2.7.3 „Selbsttätigkeit“ und „Erstellen von Handlungsprodukten“

Unter Selbsttätigkeit um die Handlungskompetenzen zu fördern ist ganz klar zu sehen, dass die Patientinnen und Patienten so früh als möglich und so lange als möglich selbsttätig, sprich selbstständig sein sollten. Die/der gute BeraterIn erkennt die Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten und fördert diese. Zum Beispiel sollte nur so viel Hilfe angeboten werden, als auch wirklich nötig ist und damit die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten gefördert werden. Manchmal kann es durchaus mühsam sein davon zu überzeugen, dass jeder „Handgriff“ der selbst erledigt werden kann ein Stück Selbstständigkeit und damit auch Freiheit und Unabhängigkeit bedeutet. Gemeinsames Erstellen von Handlungsprodukten könnte im Sinne der Beratung das Führen von z.B. Schmerztagebüchern oder Wundprotokollen sein. Weiters könnte man darunter auch verstehen, dass Patientinnen und Patienten (wie schon erwähnt) als „Experten und Expertinnen“ die BeraterInnen bei der Erstellung von neuen schriftlichen Beratungsmaterialien durch Inputs unterstützen. Wenn dann die BeraterInnen diese „Handlungsprodukte“ positiv kommentieren, werden Patientinnen und Patienten motiviert, sich tiefer mit ihrer Erkrankung auseinander zu setzen.

2.7.4 Wecken von „SchülerInneninteresse“

Hier versteht man vor allem den Bereich der Lernanregungen. Vor allem wenn sich die Patientinnen und Patienten noch im Krankenhaus befinden, kann bereits das Interesse zu diversen Themen mittels Plakaten, Postern und Schaukästen in Gängen und Aufenthaltsräumen geweckt werden. Werden diese Informationen dann mittels schriftlichen Informationsmaterials ergänzt, kann davon ausgegangen werden, dass sich zumindest „gehende“ Patientinnen und Patienten bereits vorinformieren. Ein

weiteres Instrument um Interesse zu wecken, sind Informationsveranstaltungen in Form von Vorträgen. Dies können sowohl Experten- und Expertinnenvorträge, als auch Vorträge von Betroffenen, die über ihre Erfahrungen sprechen, sein. Ein wichtiger Punkt, der leider fast immer vergessen wird, ist die Patientinnen und Patienten mit Schreibmaterial, also Block und Stift, zu versorgen. Viele Patientinnen und Patienten haben Fragen, die sie sich nicht alle merken können. Weiters fallen ihnen diese Fragen dann in der Beratungssituation oft nicht mehr ein, wenn sie notiert werden, wenn sie auftreten, ist sichergestellt, dass diese Fragen auch gestellt und beantwortet werden können. Auch der Hinweis auf eine PatientInnenbibliothek in der Bücher und CDs zum Thema ausgeliehen werden können, kann hier Hilfestellung zur Weckung des Interesses geben. (vgl. London; 2003; S 48f)

2.7.5 Beteiligung der „SchülerInnen“ am Unterricht

Hier sind wieder die SchülerInnen gleichzusetzen mit den zu Beratenden, sprich mit den Patientinnen und Patienten. Wie kann man sich nun vorstellen, Patientinnen und Patienten an der „Durchführung des Unterrichts“ zu beteiligen? Nun, auch hier gilt, wenn man selber mitentscheiden und mitgestalten kann, ist die Beratung/der Unterricht wirkungsvoller. Das können so einfache Punkte wie z.B. zu welcher Uhrzeit soll Beratung stattfinden, sein, bis hin zu komplexen Bereichen wie tatsächlicher Mitbeteiligung in der Gestaltung und dem Ablauf der Beratung. Warum sollen Patientinnen und Patienten nicht mitentscheiden können, welche Beratungsform sie gerne in Anspruch nehmen wollen? Ob sie lieber alleine oder in der Gruppe Beratung erhalten wollen, oder ob sie lieber lesen, „schriftliche Aufgaben“ bekommen oder sich einen Film ansehen. In den von Abt-Zegelin beschriebenen Patienteninformationszentren ist diese Mitbestimmung durchaus üblich und auch sehr erfolgreich.

2.7.6 „Öffnung der Schule nach innen und außen“

Umgelegt auf Beratungssituationen würde das bedeuten, dass sich Beratung immer multiprofessionell unter Einbeziehung der dahinter stehenden Institutionen und dem privaten, sprich häuslichen Umfeld der zu Beratenden erstrecken muss, damit sie gelingen kann. BeraterInnen müssen sich im Klaren darüber sein, wer aller (auch im weitesten Sinn) zum „Team“ gehört und wie alle diese Teammitglieder in die Beratung integriert werden können. Dies gilt sowohl für die Kommunikation als auch die Schulung, damit alle auf dem gleichen Wissenstand sind. Weiters würde in diesen

Bereich gehören, dass alle Beratungs- und Schulungsmaßnahmen zu koordinieren sind. Z.B. wenn PatientInnen jetzt aufgrund ihres Diabetes Insulin spritzen müssen, dann reicht es nicht, wenn sie zwei Wochen nach der Entlassung auf Rehabilitation geschickt werden um das Spritzen zu lernen, nein es muss bereits im Krankenhaus mit der Schulung und Beratung begonnen und über ein Entlassungsmanagement sicher gestellt werden, dass die Betroffenen zu Hause auch für diese ersten zwei Wochen Unterstützung bekommen bzw. ihr tägliches Leben unter den neuen Umständen auch meistern zu können. (vgl. London; 2003; S. 57-68)

Dieser Punkt ist sicherlich die größte Herausforderung für die praktische Umsetzung, denn speziell der Übergang von intramuraler zu extramuraler Betreuung liegt zurzeit noch im Argen. Es gibt zwar schon zahlreiche Initiativen, um Entlassungsmanagement zu institutionalisieren, doch fehlen noch ausreichend EntlassungsmanagerInnen, um wirklich konsequent Entlassungsmanagement und die damit verbundene Beratung umsetzen zu können. Ein weiterer Problempunkt hier sind die noch immer ausgeprägten hierarchischen Strukturen im österreichischen Gesundheitssystem.

Ein wesentliches Tool, wenn nicht sogar das wesentlichste, der Erwachsenenbildung als Teil der Beratung, stellt eine adäquate Kommunikation dar. Aus diesem Grund ist der Kommunikation als Teil der Beratung ein eigenes Kapitel, im Anschluss an Kapitel 3, in dieser Arbeit gewidmet.

3 Pflegerische Beratung für Akutpatientinnen und -patienten⁴

Betrachtet man Berichte aus den Gesundheitsstatistiken lässt sich erkennen, dass Patientinnen und Patienten immer kürzer im Akutkrankenhaus behandelt werden und die stationäre Verweildauer laut Statistik Austria zwischen 1998 und 2007 von durchschnittlich 8,2 auf 6,8 Tage gesunken ist. Dies ist eine Veränderung von minus 17,1 % (vgl. Gesundheitsstatistik 2008, S67).

In einem Expertengespräch im Jänner 2009 mit E. Altenburger⁵ erwähnte er diesbezüglich, dass gerade im Bereich der Unfallchirurgie, der Trend zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus nach operativen Eingriffen in den letzten zehn Jahren drastisch war. War ein Patient in den 90iger Jahren nach z.B. einer Kreuzbandplastik noch durchschnittlich sieben Tage im Krankenhaus aufgenommen, so ist die Aufenthaltsdauer im Jahr 2009 auf nur zwei bis drei Tage reduziert worden. Patientinnen und Patienten werden heute also häufig bereits am ersten oder zweiten postoperativen Tag in häusliche Pflege entlassen. Dies geschieht nicht allein aus medizinischen Gründen, sondern großteils auch auf Wunsch der Patientinnen und Patienten. Als logische Konsequenz aus dieser Praxis ergibt sich, dass durch immer kürzer werdender Aufenthaltsdauer nach Operationen, deutlicher Bedarf an Beratung⁶ bei den Patientinnen und Patienten bestehen müsste, da sie die postoperative Phase heutzutage zum Großteil daheim verbringen und deshalb auf spezielle Infos angewiesen sind.

Dies trifft auch für Patientinnen und Patienten die eine Kreuzbandplastik erhalten zu. Mehrheitlich handelt es sich dabei um junge (durchschnittlich 20-45 Jahre), sportliche Menschen, die häufig von Belegärzten betreut werden. Vermutlich aus diesen Gründen scheint „die Pflege⁷“ keinen oder kaum Bedarf für „Beratung“ zu sehen. Es könnte aber auch angenommen werden, dass bei Menschen, die bereits am zweiten postoperativen Tag entlassen werden, vermeintlich gar kein großer Pflegebedarf

⁴ Unter einem „Akutpatienten“ werden in dieser Arbeit Patientinnen und Patienten verstanden, die keine chronische Erkrankung aufweisen, sondern „lediglich“ ein akutes und in einem relativ kurzen Zeitrahmen (mehrere Wochen) sich beheben lassendes, gesundheitliches Problem (in diesem Fall eine Kreuzbandplastik OP) aufweisen.

⁵ Dr. Erich Altenburger ist Unfallchirurg, Sportarzt und Teamarzt des ÖSV

⁶ Anmerkung: „Beratung“ wird im Weiteren synonym für Beratung, Schulung, Aufklärung und Information verwendet

⁷ Anmerkung: unter „die Pflege“ wird im Weiteren der Berufsstand der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen verstanden

besteht, oder aber dass ein junger Mensch kaum bis keine „professionelle Pflege“ in der postoperativen Phase daheim benötigt. Ein weiterer Grund, warum Akutpatienten nur wenig Beratung erhalten, könnte aber auch darin liegen, dass sich Pflegepersonen für Patientinnen und Patienten von Belegärzten nur bedingt „zuständig“ fühlen, da ja die MedizinerInnen die Aufklärung und individuelle Betreuung durchführen.

In der einzigen Arbeit bezüglich multiprofessioneller Betreuung nach Kreuzbandplastik, die nach ausführlicher Literaturrecherche identifiziert werden konnte, (Burger 2008) ist die Pflege in der perioperativen Betreuung nicht einmal erwähnt. Diese Arbeit beschäftigt sich eingehend mit der Physiotherapie und der medizinischen Versorgung, die sicherlich langfristig in der Behandlung im Vordergrund stehen, der Bedarf an Betreuung und Beratung für die Patientinnen und Patienten aus pflegerischer Sicht (z.B. Verbandwechsel, Körperpflege, Ernährung, Thromboseprophylaxe, Topfenumschläge usw.) besonders in der „engen“⁸ perioperativen Phase, wird nicht thematisiert.

Die Tatsache, dass manche Patientinnen und Patienten mit einer Kreuzbandruptur bereits vor der Operation „Beratung“ benötigen, vor allem dann, wenn z.B. eine Thromboseprophylaxe aufgrund der Notwendigkeit, dass präoperativ eine Orthese⁹ getragen werden muss, oder dass aufgrund einer massiven Schwellung des Kniegelenks die Anwendung von Topfenumschlägen von den MedizinerInnen verordnet wurde, findet im Moment kaum Beachtung in der präoperativen Beratung. Dies zeigte sich ebenfalls im Expertengespräch mit Altenburger (2009). Auf die Frage bezüglich der Schulung der Patientinnen und Patienten über die Verabreichung der Thrombosespritze bzw. der richtigen Anwendung eines Topfenumschlages, antwortete Altenburger, dass diese Dinge die Patientinnen und Patienten ja von der „Pflege“ lernen würden. Dabei wurde aber nicht bedacht, dass die „Pflege“ in die präoperative Betreuung in Österreich gar nicht involviert ist. Eine präoperative „Pflegvisite“ in der darauf vorbereitet wird, was nach einem Krankenhausaufenthalt für zu Hause beachtet bzw. organisiert werden muss, ist im österreichischen Gesundheitssystem nicht vorgesehen. Anscheinend wird davon ausgegangen, dass alle nötigen Kompetenzen im Rahmen des stationären Aufenthaltes erworben werden können.

⁸ Anmerkung: unter „enger“ perioperativer Phase wird der Zeitraum 14 Tage präoperativ und bis zu sechs Wochen postoperativ gesehen.

⁹ Eine Orthese dient zur Stabilisierung bzw. Immobilisierung eines Gelenkes, in diesem Falle des Kniegelenkes. Diese wird bei hochgradiger Instabilität des Kniegelenkes bereits präoperativ verordnet und hat die Immobilität des Beines zur Folge. Lege artis wird folglich eine Thromboseprophylaxe notwendig und verordnet.

Für Pflegehandlungen, die Grundpflege betreffend, gibt es lt. Leistungskatalog 2009 der Gebietskrankenkassen, exemplarisch für Wien und Niederösterreich erhoben, keine Möglichkeit des Kostenersatzes, da die Voraussetzungen zur Einstufung für das Pflegegeld nicht gegeben sind. Aufgrund der Tatsache, dass in Österreich keine niederschwellige Möglichkeiten zur Einholung von kompetenter Information (wie z.B. in Deutschland dies mit den Patienteninformationszentren oder in der Schweiz mit z.B. „Patientenstellen Schweiz“, die telefonisch Auskunft über alle Bereiche rund um eine Operation geben, möglich ist) an „unparteiischer“ Stelle gegeben ist, haben AkutpatientInnen zurzeit kaum Chancen an „Beratung“ zur Selbstpflege rund um eine Operation zu gelangen.

Betrachtet man nun all diese Argumente, so wird klar, dass „AkutpatientInnen“ Beratung, auch von pflegerischer Seite benötigen, will man eine professionelle und qualitativ hochwertige perioperative Betreuung und Begleitung gewährleisten. Die multiprofessionelle Beratung scheint gerade für diese Patientinnen- und Patientengruppe dringend nötig zu sein, da sie nicht das Krankenhaus, die Ambulanz oder häufige Arztbesuche als „back up“ haben, um bei Vorliegen von Unsicherheiten und Unklarheiten im Bezug auf ihre Pflege und Behandlung, relativ rasch oder sogar unmittelbar Antworten zu erhalten.

Überlegungen, wie „die Pflege“ in dieses multiprofessionelle Setting für eine optimale Betreuung der Patientinnen und Patienten rund um eine Kreuzbandplastik Operation einbezogen werden könnte, waren unter anderem Grundlage für die Entwicklung des Patientenpasses.

4 Kommunikation als Teil der Beratung

Kommunikation ist das wesentlichste Tool der Beratung, ohne Kommunikation ist Beratung nicht möglich. Gatterer definiert in Likar (2009, S. 57) Kommunikation wie folgt: *„Kommunikation ist die gerichtete Informationsübertragung von einem Sender (der Person, die etwas mitteilen möchte) zu einem Empfänger (der Person, welche die Nachricht erhält). Sie ist eine allgemein und umfassende Bezeichnung für den Prozess, wo ein Sender einem Empfänger mithilfe eines Kommunikationsmittels (Sprache, Zeichen, Schrift etc.) eine bestimmte Nachricht überträgt, auf die eine Erlebens- und Verhaltensänderung eintritt.“* Für ihn ist folglich unerlässlich, dass die an der Behandlung beteiligten Personen nicht nur fachlich (pflegerisch und medizinisch) kompetent sind, sondern miteinander kommunizieren, um eine erfolgreiche therapeutische Beziehung herstellen zu können. In seiner Definition wird auch klar, dass Kommunikation nicht nur verbal zur Anwendung kommt, sondern, dass diese auch immer nonverbal und in schriftlicher Form zu erfolgen hat, um gelingen zu können.

Die perioperative „Beratung“ von Patientinnen und Patienten findet immer im multiprofessionellen Setting statt. Dies bedeutet, dass z.B. bei der Information vor einer Operation der Arzt mit diesen kommuniziert und geschieht in der Regel in einem vier Augengespräch, wobei die Pflege oder die Physiotherapie an einem solchen Aufklärungs-Gespräch nicht beteiligt sind. Diese beiden Berufsgruppen treten in den kommunikativen Prozess spät in der präoperativen bzw. häufig erst in der postoperativen Phase ein. Problematik dabei ist, dass Kommunikation bei der „Beratung“ von jeder Berufsgruppe anders gewichtet wird. Da aber jede Gruppe mit den PatientInnen einzeln kommuniziert, kann ein linearer Kommunikationsschwerpunkt nicht gewährleistet werden. Ein weiteres Problem liegt darin begründet, dass die Mitglieder des therapeutischen Behandlungsteams häufig nicht bzw. nicht adäquat miteinander kommunizieren und eine gemeinsame „Kommunikationsrunde“ aller Beteiligten praktisch nie stattfindet.

4.1 Grundlagen der Kommunikation im Behandlungssetting

Im Folgenden wird die Kommunikation als Teil der Beratung und Behandlung aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet, da diese sich zwischen den beteiligten Berufsgruppen unterscheidet. Außer Zweifel steht allerdings, dass egal um welche Berufsgruppe es sich handelt, die Notwendigkeit besteht, dass die Einzelperson über gute kommunikative Fähigkeiten verfügt, soll Kommunikation mit den Patientinnen bzw. Patienten und im Behandlungsteam erfolgreich sein. Wiesner (2009, S 1) bringt dies in folgender Aussage auf den Punkt: *„Gute kommunikative Fähigkeiten sind eine wichtige Grundlage, um die Informationen auf geeignete Weise and den Patienten weitergeben zu können.“*

Eckart definiert und beschreibt Kommunikation wie folgt sehr eindrücklich und umfassend: *„Kommunikation¹⁰, bedeutet gemeinhin ein gemeinschaftliches Handeln, in dem Gedanken, Ideen, Wissen, Erkenntnisse und Erleben mitgeteilt werden. (...) bedient sich eines ganzen Spektrums von Zeichensystemen, unter denen Sprache nur das bedeutendste ist. Hinzu treten gleichwertig, ergänzend oder ersetzend auch Gestik, Mimik, Schrift, Bild oder Musik.“* (Eckert, 2008, S 13) Dabei ist der soziale und kulturelle und zwischenmenschliche Kontext von Bedeutung, damit Information übermittelt, aufgenommen und zwischen Personen ausgetauscht und somit zu originären Erkenntnisquellen oder Problemlösungsstrategien werden können. Diese Form der Kommunikation wird auch soziale oder persönliche Kommunikation bezeichnet und ist die Form der Kommunikation, die im medizinischen Setting am Häufigsten zur Anwendung kommt. Die Form der schriftlichen und/oder audiovisuellen Kommunikation wird im Setting der Patientinnen- bzw. Patientenberatung zwar auch angewandt, aber noch nicht durchgängig, d.h. nicht jede verbale Kommunikation im Bezug auf „Beratung“ wird auch durch schriftliche und/oder audiovisuelle Kommunikationskomponenten unterstützt. (vgl. Eckert, 2008, S 13 und Rogall et al, 2005, S 17f)

Kommunikation hat also verschiedene Funktionen. Am Beginn der Behandlung steht die diagnostisch/informationseinholende Funktion im Vordergrund. Hier sind in der Regel MedizinerInnen und Patientinnen bzw. Patienten die handelnden Personen, obgleich anzumerken ist, dass der Erstkontakt fast immer mit Pflegepersonal oder

¹⁰ lat. communicare = teilen, mitteilen. Communicare setzt sich aus dem Wortstamm „munus“ (= Aufgabe, Pflicht, Funktion) und dem Wort „com“ (= mit, zusammen, gemeinsam) zusammen (vgl. Eckart, 2008, S 13 und Rogall et al, 2005, S17)

ArzthelferInnen stattfindet, da diese die Daten aufnehmen und/oder erste Fragen zur Erkrankung/Verletzung stellen. Für viele Patientinnen und Patienten beginnt die eigentliche Behandlung aber erst mit dem Auftritt des medizinischen Personals und mit der Kommunikation mit dem selbigen. Dabei sollen wesentliche Informationen bezüglich eingeholt und möglichst unvoreingenommen festgehalten, aber auch Angst und Schmerz so rasch als möglich genommen werden. Die MedizinerInnen können durch Nachfragen, Bestätigen oder Erklären das Gesagte aufnehmen, kommentieren, verstärken oder abschwächen. Die Patientinnen bzw. Patienten suchen durch dieses Gespräch Verständnis für ihr Leid und „erbitten“ oder „erhoffen“ von den MedizinerInnen die Bereitschaft zu helfen.

Weiters ist die motivationale Funktion der Kommunikation zu erwähnen. Diese ist sowohl im prä- als auch im postoperativen Setting, sowie während der Rehabilitation wesentlich. Emotionale, empathische Anteilnahme und aktives Zuhören, auch im Bezug auf persönliche Anteile, sind hier wesentliche Faktoren, um die therapeutische Kommunikation aufrecht zu erhalten.

Der dritte und nicht minder wesentliche Faktor der Kommunikation ist die therapeutische Funktion. Hier sollen Informationen gegeben und daraus folgend den PatientInnen die Möglichkeit eröffnen, sich aktiv an Therapieentscheidungen mit dem Behandlungsteam zu beteiligen. Verhaltensänderungen bei den PatientInnen können aber hier genauso im Zentrum der Gespräche stehen. Dies wäre vor allem im rehabilitativen Setting essentiell, wenn z.B. dazu angeregt werden soll, notwendiges Training daheim auch alleine fortzuführen. (vgl. Gatterer, 2009, S 59)

Der Beziehungsaspekt eines Gespräches zwischen MedizinerInnen und Patientinnen bzw. Patienten spiegelt wieder, dass diese bei einem Arztbesuch häufig in der Situation sind, dass sie selbst als „Unwissende“ den „Wissenden“ gegenüber sitzen. Hinzu kommt, dass in der therapeutischen Beziehung zum Arzt/zur Ärztin die Autonomie als Individuum, das das Recht hat umfassend informiert zu werden, um daraus folgend in der Lage sein zu können, eine für sich selbst relevante Entscheidung im Bezug auf die eigene Gesundheit, in diesem Fall das verletzte Kniegelenk, treffen zu können, großteils noch immer nicht wahr genommen werden kann. Zum Einen liegt dies darin begründet, dass für MedizinerInnen der Appell an die Patientinnen bzw. Patienten z.B. einer Operation oder Therapie zuzustimmen im Vordergrund steht und zum Anderen darin, dass immer noch informierte Patientinnen bzw. Patienten als „Bedrohung“ wahr genommen werden, die ihre Autorität als „Wissende“ untergraben

könnten. Allerdings sind auch die Patientinnen und Patienten selbst häufig mit der Meinung „der Doktor wird es schon wissen“, behaftet. Für eine funktionierende therapeutische Gemeinschaft, ist aber ein autonomes Denken und Handeln dieser genauso wichtig, wie auf Seiten der MedizinerInnen, Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten und der Pflegepersonen.

Von Patientinnen und Patienten wird immer wieder angemerkt, dass ihnen die Selbstoffenbarung¹¹ gegenüber Pflegepersonal und Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten leichter fällt, als gegenüber den MedizinerInnen, steht doch bei Gesprächen mit ihnen der Sachinhalt, also die „trockene Information“ im Vordergrund. Dies ist beim Pflegepersonal und den PhysiotherapeutInnen häufig nicht der Fall. In diesen Gesprächen wird bereitwilliger über „private Dinge“ gesprochen, da es diesen Professionen besser zu gelingen scheint, auf gleichem Niveau zu kommunizieren. Gerade aber die selbstoffenbarende Aspekt ist für eine gute therapeutische Beziehung zu den MedizinerInnen wichtig, denn nur so kann gewährleistet werden, dass nicht nur das „kranke Knie“ behandelt wird, sondern auch der „restliche“ Mensch der „daran hängt“ in seiner Gesamtheit wahrgenommen und seinen Bedürfnissen folgend betreut wird.

(Vgl. Peintinger, 2003, S 161ff; Gatterer, 2009, S60f; Schabus/Bosina, 2007, S 19; Eckart, 2008, S 13; Groothuis, 2000, S 41ff)

Im pflegerischen Umfeld, sowie auch bei den Behandlungen der Physiotherapie, scheinen auch die Barrieren zur Informationseinholung für Patientinnen und Patienten geringer zu sein, als beim Gespräch mit den MedizinerInnen. Hier trauen sie sich eher nachzufragen oder auch scheinbar banale Fragen zu stellen. Dies könnte darin begründet liegen, dass häufig MedizinerInnen auf einem „anderen Niveau“ kommunizieren als Pflegenden oder Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten. Diese versuchen sich eher an die Patientinnen und Patienten anzupassen und eine gemeinsame Sprache zu finden. Simonin (2003, S 25) bringt es als Arzt auf den Punkt: *„Pflegefachleute sprechen die Sprache der Ratsuchenden und sind sozialkompetenter und empathischer als Ärzte.“* Anders scheint dies seiner Meinung beim Arztbesuch. Ärzte kommunizieren häufig auf einer anderen Ebene als die von ihnen Behandelten, somit sind „Missverständnisse“ vorprogrammiert. Es ist nur zu verständlich, wenn MedizinerInnen, die in ihrem Alltag in ihrem Fachwissen leben, d.h. sich ständig in

¹¹ Selbstoffenbarung, im Sinne von Schulz von Thun, bedeutet, dass Patientinnen und Patienten persönliche Informationen über sich preisgeben, die eventuell für die Behandlung und Betreuung essentiell sein können. Dies wird in einem gesonderten Unterkapitel noch näher betrachtet.

ihrem beruflichen Umfeld mit Krankheit auseinander setzen, diese quasi als Normalität betrachten. Für die Patientinnen und Patienten beginnt diese Auseinandersetzung mit der neuen Situation der körperlichen Beeinträchtigung durch Erkrankung/Verletzung, erst in dem Augenblick, indem die Erkrankung/Verletzung eintritt. Dies ist für sie neu, tritt meist plötzlich ein und kann bedrohlich wirken. Die so entstehende Asymmetrie in der therapeutischen Beziehung, also das bestehende Informationsgefälle im Bezug auf Wissen um die Erkrankung/Verletzung und die fast immer durch die MedizinerInnen verwendete Fachsprache, führt beim Arztbesuch häufig zu einer „Stresssituation“ auf Seiten der Patientinnen und Patienten. Ein weiterer nicht zu vernachlässigender Punkt ist das Hierarchiegefälle zwischen MedizinerInnen und Patientinnen und Patienten, will ausdrücken, dass Ärztinnen und Ärzte in der gesellschaftlichen Anerkennung noch immer sehr weit oben angesiedelt liegen und somit für viele Menschen Respektspersonen darstellen, denen man nicht widersprechen kann bzw. deren Aussagen man Glauben schenken muss. (vgl. Zürner, Beckmann; 2003; S 20f; Groothuis, 2000, S 40ff)

Hinzu scheint aufgrund von Zeitmangel in vielen Arztpraxen zu kommen, dass MedizinerInnen sich häufig nicht auf den jeweiligen Menschen in seiner Gesamtheit einstellen können. Deveugele et al fanden in einer europaweit durchgeführten Studie (2002, S 6) in allgemeinmedizinischen Praxen heraus, dass die durchschnittliche Kontaktzeit beim Arzt weniger als 7 Minuten beträgt. Im Falle einer OP-Aufklärung kann zwar davon ausgegangen werden, dass sich die ÄrztInnen etwas mehr Zeit nehmen, jedoch bleibt für die PatientInnen der Zeitfaktor präsent. In kurzer Zeit muss einerseits viel Information gegeben, aber andererseits von den Patientinnen und Patienten auch aufgenommen werden, weshalb es nicht verwunderlich ist, dass MedizinerInnen versuchen, routinemäßig nur die nötigste Information zu vermitteln. Dabei bleiben oft individuelle Bedürfnisse auf der Strecke, es bleibt vermeintlich keine Zeit für Fragen oder Wiederholungen des Gesagten. Erfahrene MedizinerInnen haben sich häufig eine auf den Durchschnitt zugeschnittene Aufklärung zurechtgelegt und wenden diese dann auch in der täglichen Routine an. Für die Patientinnen und Patienten hat dies zu Folge, dass aufgrund ihrer Nervosität, im Bezug auf die bevorstehende Operation, zusätzlich auftretende, nicht beantwortete oder noch offene Fragen nicht mehr gestellt werden, weil diese sich nicht nachzufragen trauen oder bemerken, der Arzt hat keine Zeit mehr. Nun bleibt einerseits die Unsicherheit, dass sie nicht auf alle Fragen eine Antwort erhalten haben, allerdings haben auch die

Medizinerinnen keine Sicherheit darüber, welche Inhalte der gegebenen Information wirklich verstanden bzw. wie viel davon behalten werden konnte. (vgl. Peintinger, 2003, S 163ff; Groothuis, 2000, S 44ff).

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass Kommunikation immer aus einer Botschaft also einer Information, die übermittelt werden soll, einem Sender und einem Empfänger besteht. Gut funktionierende Kommunikation findet dann statt, wenn eine zweiseitige Kommunikation vorliegt. Das bedeutet der Empfänger reagiert auf die vom Sender übermittelte Information. Geschieht dies nicht, so spricht man von einer einseitigen Kommunikation, d.h. der Empfänger reagiert nicht auf die übermittelte Botschaft/Information. Kommunikation findet also immer in einem bestimmten Kommunikationsrahmen statt, wobei die gesendete Botschaft/Information vom Empfänger gefiltert wird.

4.2 Kommunikationsmodelle

Es stellt sich die Frage, warum es zu solchen Unterschieden in der Form und Anwendung der Kommunikation überhaupt kommen kann? Dies liegt darin begründet, dass Menschen unterschiedlich kommunizieren, was wiederum in ihren Erfahrungen und Prägungen begründet liegt. Allen Kommunikationsmodellen ist aber gemein, dass sie immer aus einem Sender, einer Botschaft und einem Empfänger bestehen.



Abbildung 1: Kommunikationsmodell nach Adam

Bei einer solchen Betrachtungsweise, die im Grunde sehr logisch und klar erscheint, bleibt aber völlig außen vor, dass bei der Kommunikation außer der sachlichen Information auch noch subjektive Eindrücke und Gefühle der Sender und Empfänger eine wesentliche Rolle für eine gelungene Kommunikation spielen. Um diese Unterschiede verständlich machen zu können, müssen verschiedene Kommunikationsmodelle beleuchtet werden. Nur so kann bewusst gemacht werden, wie Menschen miteinander kommunizieren und wodurch Kommunikation beeinflusst, gefördert oder behindert wird. Nachfolgend sind zwei Kommunikationsmodelle näher betrachtet worden, die besonders im pflegerisch-medizinischen Bereich gut anwendbar sind und sehr anschaulich aufzeigen, wie Kommunikation stattfindet. (vgl.

Groothuis, 2000, S 47; Rogall et al, 2005, S 19f; Gatterer, 2009, S 58)

4.2.1 Fünf Grundsätze der Kommunikation nach Watzlawick

Nach Watzlawick braucht ein gelungener Kommunikationsprozess fünf Grundsätze, die er wie folgt bezeichnet:

- Es ist unmöglich, nicht zu kommunizieren
- Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt
- Die Interpunktion der Ereignisfolgen bestimmt die Beziehung
- Menschliche Kommunikation geschieht auf digitale oder analoge Art und Weise
- Zwischenmenschliche Kommunikation verläuft entweder symmetrisch oder komplementär

Einfluss nehmen auf diese fünf Grundsätze die individuellen Erfahrungen, Erwartungen an das Gespräch und die GesprächspartnerInnen, das Wissen und die verbalen Kompetenzen der beteiligten Personen. Das bedeutet, dass bei einer ausgeprägten Diskrepanz, im Bezug auf diese Komponenten, zwischen den GesprächspartnerInnen, Probleme in der Kommunikation vorprogrammiert sind. Diese Probleme können in den jeweils einzelnen Komponenten oder ihrer Gesamtheit begründet sein. Der Versuch der Behebung der Konflikte und Probleme sollte jeweils in ihrem Ursprung begründet sein. (vgl. Gatterer, 2009, S 57f; Rogall et al, 2005, S 19ff)

4.2.1.1 Erster Grundsatz: Es ist unmöglich, nicht zu kommunizieren

Kommunikation findet immer statt, egal ob mit Worten, Gesten oder Mimik, selbst das Schweigen einer Person sagt etwas aus. Es wird also nicht nur mit Worten = verbal kommuniziert, sondern auch durch nonverbale „Äußerungen“, der Körpersprache und des Erscheinungsbildes. Der Einfluss dieser nonverbalen Äußerungen auf unsere Kommunikation ist vielen Menschen nicht bewusst, oder es wird ihm nicht die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt. Wirkt ein Mensch z.B. ungepflegt ist es möglich, dass daraus falsche Schlüsse auf seine kognitive Leistungsfähigkeit gezogen wird und er/sie nicht ernst genommen wird. Umgekehrt können natürlich genauso falsche Schlüsse gezogen werden, wenn ein sehr gepflegter und adrett gekleideter Mensch von seinem Gegenüber bezüglich seines Intellektes überschätzt wird. In beiden Fällen wäre die Kommunikation zumindest in eine Richtung beeinflusst und es ist wahrscheinlich, dass sich Probleme ergeben werden.

4.2.1.2 Zweiter Grundsatz: Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt

In einem Gespräch geht es nicht nur um die Inhalte und Informationen = Sachebene, die in diesem ver- bzw. übermittelt werden sollen, sondern auch um nichtverbalisierte Information die „mitschwingt“. Dies wird von der Beziehung der beteiligten Personen untereinander verursacht bzw. beeinflusst = Beziehungsebene. Gespräche zwischen Personen unterschiedlicher Hierarchien verlaufen anders, als wenn sich die GesprächspartnerInnen auf der gleichen Hierarchieebene befinden.

4.2.1.3 Dritter Grundsatz: Die Interpunktion der Ereignisfolgen bestimmt die Beziehung

Dieser Grundsatz ist so zu verstehen, dass jede an einem Gespräch beteiligte Person ihre eigenen Interessen in einem solchen verfolgt und folglich Schwerpunkte in der Struktur und im Ablauf der Wortfolgen und der Interpunktion legt. Ebenso wird der Anfang und das Ende der Kommunikation von diesen Abläufen geprägt. Auch Ursache und Wirkung eines Gespräches und der übermittelten Inhalte laufen nach diesen Grundlagen ab. Je gleichläufiger dies von Statten geht, desto harmonischer verläuft die Kommunikation. Häufig ist die Gleichläufigkeit im Bezug auf Interpunktion aber nicht im vollen Umfang gegeben, somit sind die Schwerpunktsetzungen unterschiedlich, was Anlass und Ursache von Missverständnissen und Beziehungskonflikten sein kann.

4.2.1.4 Vierter Grundsatz: Menschliche Kommunikation geschieht auf digitale oder analoge Art und Weise

Dies bedeutet, dass für die Kommunikation zwischen Menschen digitale (d.h. es werden Worte z.B. für die Bezeichnung eines Gegenstandes, einer Person oder eines Vorganges verwendet) und analoge (das sind z.B. Mimik, Gestik oder Abbildungen eines Gegenstandes oder einer Person) Modalitäten Verwendung finden. Für eine gute digitale Kommunikation wird ein vielfältiges und vielseitiges Sprachverständnis benötigt, damit Bezeichnungen verbindlich Verwendung finden können. Für eine präzise Übermittlung von Information, z.B. von Wissen einer Person an eine andere, ist die digitale Kommunikation unerlässlich, ihre Stärken liegen also auf der begrifflich logischen Ebene.

Für die Beschreibung von menschlichen Beziehungen eignet sich die digitale Kommunikation nicht ausreichend, fehlt doch die nötige Bedeutungstiefe der Sprache. Aussagekräftiger für diesen Bereich ist die analoge Kommunikation, da sie eine Ähnlichkeitsbeziehung zum Gegenstand aufweist, für den sie steht und folglich für den Beziehungsbereich bessere Möglichkeiten hat. Zeichen- und Körpersprache (=Mimik, Gestik, Haltung) sagen mehr über die Beziehung zu einer Person aus, als viele Worte dies können, weshalb es von Vorteil ist, wenn der Blick für die eigene Körpersprache und die des Gesprächspartners geschult ist.

4.2.1.5 Fünfter Grundsatz: zwischenmenschliche Kommunikation verläuft entweder symmetrisch (bei Gleichheit der Beziehung) oder komplementär (bei Unterschiedlichkeit der Beziehung)

Bei einer symmetrischen Kommunikation begegnen sich die GesprächspartnerInnen auf gleicher Ebene im Bezug auf ihre kommunikativen Fähigkeiten. Es kann aber auch der Versuch und das Bestreben nach Gleichheit, um Unterschiede zwischen den kommunizierenden Personen auszugleichen, als solche verstanden werden. Sie entspricht keineswegs dem Normalfall der Kommunikation.

Eine komplementäre Kommunikation findet zwischen Personen, die sich in unterschiedlichen Rollen oder Positionen (z.B. MedizinerInnen oder Pflegeperson und Patientinnen bzw. Patienten) befinden, statt. Im günstigsten Fall ergänzen sich die Unterschiedlichkeiten der beteiligten Personen

Zusammengefasst lässt sich anmerken, dass Watzlawick dem Grundprinzip der Kommunikation: Sender – Information – Empfänger noch die Beziehungsebene hinzufügt. Es wird nicht nur die Sachebene, sondern auch die Beziehungsebene, unter der Prämisse, dass diese für den Sender und den Empfänger zu beachten ist, betrachtet. Dies bedeutet, dass bei der Kommunikation unterschiedliche Erfahrungen und Erwartungen aller kommunizierenden Personen in den Prozess einfließen und diesen sowohl positiv, als auch negativ beeinflussen können.

(Vgl. Gatterer, 2009, S 58ff; Rogall et al, 2005, S 19ff)

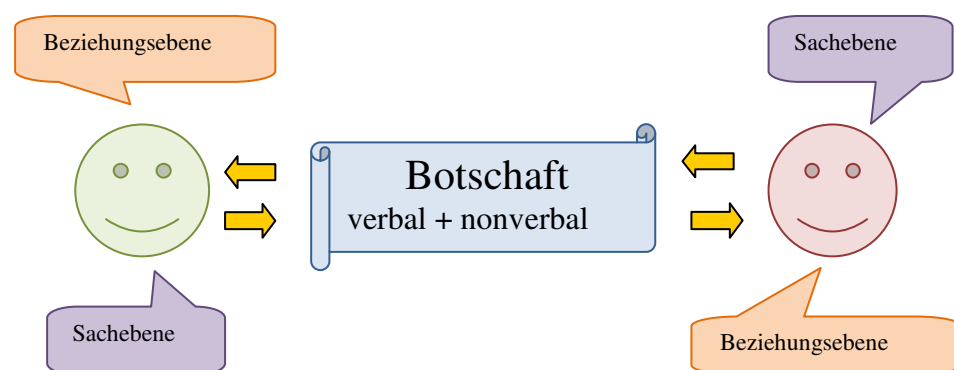


Abbildung 2: Kommunikationsmodell nach Watzlawick

Für die Kommunikation im medizinischen Bereich ergibt dies, dass im Prinzip alle daran beteiligten Personen über diese Theorie Bescheid wissen sollten, damit diese reibungslos funktionieren kann.

In der Realität kann jedoch nicht davon ausgegangen werden, dass Patientinnen und Patienten ohne einschlägige Vorkenntnisse diese Kompetenzen aufweisen. Umso wichtiger ist, dass medizinisches Fachpersonal über diese Details informiert und in der Anwendung von kommunikativen Grundlagen geschult ist.

4.2.2 Das Hamburger Kommunikationsmodell von Schulz von Thun

Mit diesem Gesamtmodell der Kommunikation lassen sich Störungen der kommunikativen Prozesse im beruflichen Alltag wahrnehmen und umfassend analysieren. In Folge können Techniken eruiert werden, um die kommunikative Kompetenz zu erweitern, damit Kommunikation im täglichen Leben besser funktioniert. Grundlage für v. Thuns Modell ist das „Quadrat der Nachrichten“, bei dem er festlegt, dass jede Nachricht/Information immer vier Aspekte beinhaltet, die gleichzeitig wirken und vom Empfänger herausgehört werden können. Gleichzeitig kommen auch vom Sender ausgehend diese vier Aspekte ins Spiel, d.h. auch der Sender verfolgt mit seiner Nachricht einen bestimmten Zweck, der von ihm beeinflusst ist. Nachfolgend werden diese vier Aspekte von Seiten der Sender näher beleuchtet.

4.2.2.1 Erster Aspekt – der Sachinhalt

= Worüber werde ich informiert? Besonders in einem Aufklärungs- oder Informationsgespräch steht die sachliche Information im Vordergrund. Hier ist wichtig, dass die gegebene Information für den Empfänger aufzunehmen ist. Sie muss folglich so dimensioniert sein, dass seine/ihre kognitiven Fähigkeiten bedient werden können. Klarheit und Verständlichkeit in der Formulierung spielen hier eine große Rolle.

4.2.2.2 Zweiter Aspekt – die Selbstoffenbarung

= Was will ich von mir preisgeben bzw. was gebe ich von mir Preis? In jeder Nachricht übermitteln die Sender auch Informationen zur eigenen Person. Diese können gewollt oder ungewollt gegeben werden. Hier spielen besonders nonverbale Signale eine große Rolle. Wenn z.B. eine Patientin ein schmerzverzerrtes Gesicht und eine gekrümmte Haltung zeigt und gleichzeitig behauptet, sie hätte kaum Schmerzen, weil sie vielleicht nicht als „wehleidig“ erscheinen möchte, wird sie trotzdem von einem aufmerksamen und erfahrenen Gegenüber als „Schmerzpatientin“ wahrgenommen werden. Bei jedem Gespräch wird somit, ob gewollt oder ungewollt, auch immer etwas von der eigenen Persönlichkeit der SenderInnen preisgegeben.

4.2.2.3 Dritter Aspekt – die Beziehung

= Was halte ich, bzw. wie stehe ich zum anderen? Hierbei wird aufgezeigt, in welchem Verhältnis/Beziehung die GesprächspartnerInnen stehen. Dies muss nicht immer offen gezeigt werden, häufig geschieht dies quasi zwischen den Zeilen, also implizit. Auch hier spielen nonverbale Signale, wie Gestik, Mimik, Tonfall und Körperhaltung eine große Rolle. Ebenso wird der Beziehungsaspekt auch durch Wortwahl und Formulierung des Gesagten beeinflusst. Meist nehmen EmpfängerInnen diese Aspekte einer Nachricht sehr sensibel wahr, vermitteln sie doch ein angenehmes, neutrales oder unangenehmes Gefühl beim Gespräch, das in Folge das Vertrauen in eine Person positiv oder negativ beeinflussen kann. Wenn es zu Störungen auf der Beziehungsebene kommt, kann im schlimmsten Fall ein sachliches Gespräch nicht mehr möglich sein.

4.2.2.4 Vierter Aspekt – der Appell

= wozu soll der andere veranlasst werden bzw. was soll er/sie tun? Mit jeder Nachricht, besonders in einem Aufklärungs- oder Beratungsgespräch, soll eine Wirkung erzielt oder Einfluss genommen werden. Sie hat somit eine Appellfunktion. Dieser Appell kann offen (direkt) oder verdeckt/heimlich (indirekt) erfolgen. Beim offenen Appell wird die Aufforderung oder der Wunsch direkt geäußert, die EmpfängerInnen wissen woran sie sind und können reagieren, weshalb die Aussichten auf Erfolg des Senders größer sind. Wichtig dabei ist, dass der Sender genau weiß was er erreichen will, aber auch damit umgehen kann, wenn die EmpfängerInnen den erhofften Erwartungen nicht entspricht. Beim verdeckten Appell wird die Message nicht direkt, sondern „unterschwellig“ gesendet. Häufig wird dabei mit Anspielungen

und dem (schlechten) Gewissen des Empfängers gespielt. Dies kann bei diesen ein „schlechtes Gefühl“ hinterlassen, was wiederum Auswirkungen auf das Vertrauen zum/zur GesprächspartnerIn hat.

Für eine gelungene Kommunikation von Seiten der SenderInnen, müssen diese alle vier Aspekte beachten und im Griff haben. Wird auch nur eine Seite nicht kontrolliert oder „vergessen“, so können Kommunikationsstörungen die Folge sein

(Vgl. Schulz v. Thun, 2000, S 31ff; Gatterer, 2009, S 60f; Rogall et al, 2005, S 29ff)

Genauso wichtig wie das Quadrat der Nachrichten ist der Vier-Ohren-Empfang, d.h. die Empfänger nehmen die Nachrichten mit dem Sach-, dem Selbstoffenbarungs-, dem Beziehungs- und dem Appell-Ohr wahr. Je nachdem, in welcher Stimmung bzw. Verfassung die einzelnen Ohren gerade sind, wird „entschieden“ welche Inhalte der Nachricht aufgenommen und verarbeitet werden. Mit dem „Sach-Ohr“ wird die Nachricht mittels des Verstandes, also kognitiv aufgenommen und versucht zu verarbeiten. Es definiert, wie das Gesagte zu verstehen ist. Das „Selbstoffenbarungs-Ohr“ ermöglicht das Herausfinden, wie das Gegenüber ist. Welche Gefühle, Motive, Hintergründe oder Persönlichkeit er hat. Auch das Selbstbild, im Sinne von „was ist das für eine?“, wird versucht zu identifizieren. Was die EmpfängerInnen von den SenderInnen hält, wie sie zu ihnen stehen oder was sie von ihnen halten wird mit dem Beziehungs-ohr wahrgenommen. Weiters wird hiermit interpretiert, wie sich die EmpfängerInnen durch die SenderInnen behandelt fühlen. Letztlich bleibt noch das Appell-Ohr, das wahrnimmt, welche Aufforderung übermittelt wird. Auch vermeintlich erwartete Gefühle im Bezug auf die Mitteilung können hierdurch wahrgenommen werden. (vgl. Gatterer, 2009, S 61f; Rogall et al, 2005, S 31f)

Die vier Aspekte dieses Modells sollten auch von den EmpfängerInnen beachtet werden, damit diese reagieren können. Die Schwierigkeit besteht allerdings darin, dass der Aspekt (Sache, Appell, Selbst, Beziehung), auf den sie reagieren von den EmpfängerInnen frei ausgewählt und gewichtet werden kann. Dies hat besonders dann negative Auswirkungen zur Folge, wenn diese einen Aspekt besonders gewichten, diese Gewichtung aber von SenderInnen gar nicht beabsichtigt war. Ein wesentlicher Punkt dabei ist, dass es völlig normal ist, dass die vier Ohren bei jedem Menschen anders gewichtet ausgebildet sind. Dies ist durch Erfahrungen aus der Vergangenheit, der Erziehung oder der Persönlichkeit zu begründen. Besonders schwierig wird die

Kommunikation dann, wenn immer nur mit einem Ohr, z.B. Beziehungs-Ohr, reagiert und folglich Informationen falsch interpretiert werden.

Wenn z.B. eine Sachinformation mit dem Appellohr wahrgenommen wird, kann daraus eine Aufforderung zum Handeln abgeleitet werden und die empfangende Person fühlt sich unter Druck gesetzt. Dann sind Konflikte vorprogrammiert, besonders, wenn der Sender darauf nicht reagiert.

(vgl. Gatterer, 2009, S 61f; Rogall et al, 2005, S 31f)

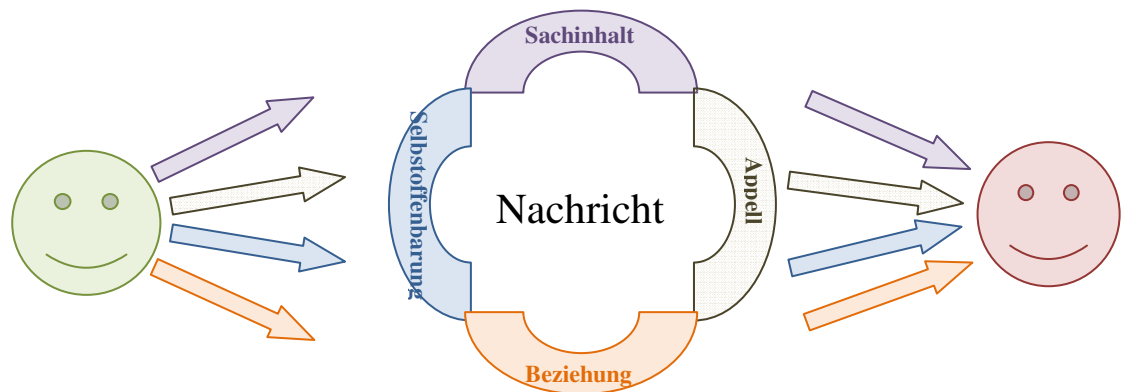


Abbildung 3: Hamburger Kommunikationsmodell

Betrachtet man nach diesen Ausführungen die Problematik die sowohl beim Sender als auch beim Empfänger aufgrund von Fehl- oder Missinterpretation auftreten kann, so wird klar, dass eine Rückversicherung in Form eines Feedbacks sehr wichtig ist. Wichtige Informationen sollten außerdem, besonders im Bezug auf die Sachebene, immer mittels schriftlichen Unterlagen ergänzt werden. So kann davon ausgegangen werden, dass Inhalte der verbal gesendeten Nachricht, nochmals abgerufen und hoffentlich objektiv, da ja die Beziehung, der Appell und die Selbstoffenbarung wegfallen, rein kognitiv verarbeitet werden. Bei einem Gespräch (z.B. Aufklärungs-, Beratungs- oder Informationsgespräch) kommen immer Aspekte des Wahrnehmens, der Interpretation und des Fühlens zu tragen. Das bedeutet, den EmpfängerInnen ist es kaum möglich nicht auch Informationen zu einem Sachinhalt zu interpretieren und das vermeintlich wahrgenommene mit einer für sie schlüssigen Bedeutung zu verstehen.

(vgl. Gatterer, 2009, S 61f; Rogall et al, 2005, S 33f)

4.3 Kommunikation im Team im perioperativen Setting

Zusätzlich, zu den bereits erwähnten Problematiken in der perioperativen Patientenbetreuung nach Kreuzbandplastik, ist ein weiterer relevanter Faktor erwähnenswert. Die Kommunikation zwischen den Patientinnen bzw. Patienten und dem multiprofessionellen Betreuungsteam. Auch eine gute Kommunikation im multiprofessionellen Betreuungsteam, scheint eine wesentliche Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung der Patientinnen und Patienten nach Kreuzbandplastik zu sein. Schmidt et al (2006), sowie Schabus und Bosina (2007, S 18 und S 38f) meinen, dass eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Physiotherapeut maßgeblich für eine erfolgreiche Behandlung und Rehabilitation dieser PatientInnengruppe ist. Bei Schabus wird die Zusammenarbeit im Team, das für ihn aus Patient, Therapeut und Chirurg besteht, als „magisches Dreieck“ für den Erfolg der Behandlung gesehen. Die Pflege, auch in der Akutsituation im Krankenhaus, hat für ihn offensichtlich keinen Anteil an der Betreuung der Patientinnen und Patienten. Er fordert einen „...engen Kontakt, die regelmäßige Rücksprache zwischen Operateur und Therapeut, um eventuell auftretende Probleme an der Wurzel packen und gleich richtig darauf reagieren zu können.“. Wie dies in der Praxis umzusetzen ist, wird nicht näher erläutert.

Burgers Studienergebnisse lassen auf eine mangelnde Kommunikation zwischen PhysiotherapeutInnen und Operateuren schließen und sie meint, dass diese verbessert werden müsste, um eine erfolgreiche Rehabilitation für die Patientinnen und Patienten gewährleisten zu können (vgl. Burger; 2008; S 65).

Timpka konnte (2000, S 558f) aufzeigen, dass es aufgrund des multidisziplinären Betreuungsteams und der nicht „einwandfreien“ Kommunikation in diesem, immer wieder dazu kommt, dass Behandelte sich unzufrieden fühlen, Einfluss auf Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit und Behandlung nehmen zu können.

Xyrichis und Ream (2008, S 232 ff) kommen zum Schluss, dass Kommunikation im Team nur mittels gut funktionierendem Teamwork sicher gestellt werden kann. Teamwork wird von ihnen so definiert: „...two or more healthcare professionals with complementary backgrounds and skills, sharing common health goals and exercising concerted physical and mental effort in assessing, planning or evaluating patient care.“ Erreicht wird gute Teamkommunikation im Sinne von Teamwork ihrer Meinung nach durch „...interdependent collaboration, open communication and

shared decision-making...“ Nur wenn für alle an der Behandlung Beteiligten klar ist, was Teamwork bedeutet, kann dieses auch erfolgreich stattfinden. Vielfach entscheidet heute ausnahmslos das medizinische Team, wann Patientinnen und Patienten postoperativ entlassen werden. Aus medizinischer Sicht ist das durchaus gerechtfertigt, allerdings wird dabei oft der Mensch an dem das operierte Knie hängt, nicht betrachtet. Wenn nicht gewährleistet ist, dass die Versorgung daheim organisiert ist, kann auch aus medizinischer Sicht die Entlassung nicht befürwortet werden. Diese Informationen erhalten MedizinerInnen aber in der Regel nicht von den Patientinnen bzw. Patienten, sondern müsste über das betreuende Pflegepersonal kommuniziert werden. Weber et al (2009, S. 59) untersuchen dieses Problem auf Intensivstationen und kommen zur Ansicht, dass *„the quality of communication between healthcare providers influences patient care decisions.“* Wenn dies für den Intensivpflegebereich nachweisbar ist, warum sollte es auf Normalpflegestationen anders verlaufen? Für den Krankenhausbereich sollte davon ausgegangen werden, dass die Pflege zukünftig in diese Entscheidungen mit einbezogen wird, um PatientInnen davor zu bewahren, daheim mit ihrer Versorgung überfordert zu sein, da die „Pflege“ hier nicht mehr präsent ist und somit auch nicht mehr Sprachrohr der Patientinnen und Patienten gegenüber den MedizinerInnen sein bzw. hilfreiche Tipps und Unterstützung geben zu können.

Es scheint, dass aufgrund der räumlich und zeitlich getrennten Behandlung und Betreuung der PatientInnen durch das Behandlungsteam (MedizinerInnen, PhysiotherapeutInnen, Pflege) die durchgängige Kommunikation aller Beteiligten zwar als wichtig und essentiell für den Behandlungserfolg erachtet wird, diese aber zurzeit aufgrund fehlender bzw. nicht optimal genutzter Kommunikationsmöglichkeiten, nicht gewährleistet werden kann.

4.3.1 Inhalte der perioperativen Kommunikation

Im präoperativ geführten, also im auf den Krankenhausaufenthalt und die Operation vorbereitenden Gespräch, stehen medizinische Informationen (z.B. zur Verletzung, den möglichen Operationsmethoden) im Vordergrund. Pflegerelevante Inhalte sind zurzeit meist kein Thema. Es werden von den MedizinerInnen auch sehr wenige bzw. gar keine Informationen für die Tage nach der Entlassung im Bezug auf die „(Selbst)-Pflege“ der Patientinnen und Patienten gegeben. Im besten Falle sind diese über die Operation und den Verlauf danach aus medizinischer Sicht umfassend informiert. Die Pflege oder die Physiotherapie sind an einem solchen Gespräch in der Regel nicht beteiligt. Es ist allerdings zu hinterfragen, ob die Anwesenheit der anderen an der Betreuung beteiligten Professionen nicht Sinn machen würde, denn wenn z.B. eine Patientin nach einer primär erfolgreich durchgeführten Kreuzbandplastik nicht bereit ist, aufwendige Physiotherapie durchzuführen, kann der ganze Operationserfolg gefährdet sein. Ebenso muss den Patientinnen und Patienten präoperativ bereits mitgeteilt werden, sie benötigen also „Beratung“, wie sie die Tage nach der Entlassung daheim managen können, denn den meisten PatientInnen ist nicht bewusst, dass sie Hilfe benötigen werden. Da ist wiederum die Pflege gefragt. Gerade die in den ersten Tagen nach der Operation notwendigen Informationen im Bezug auf die Planung der Pflegemaßnahmen (z.B. Körperpflege, Ernährung, Wundpflege, Topfenwickel) und eine Formulierung von Pflegezielen fehlen hier völlig. Krautgartner formuliert (2002, S. 33) in einem Interview mit Fried, dass gerade das Formulieren von Zielen im Vorfeld sehr wichtig ist, gibt es doch Orientierung und regt auch die Bereitschaft zur Mitarbeit an der Genesung an. Sie meint außerdem, dass nur wenn das zu erreichende Ziel definiert ist, auch geplant werden kann, wie es zu erreichen ist. Patientinnen und Patienten müssen folglich bereits präoperativ über die postoperativ zu erreichenden pflegerischen Ziele informiert werden, damit alle notwendigen Schritte für daheim geplant werden können. Dies besonders bei Berücksichtigung eines in der Regel sehr kurzen Krankenhausaufenthaltes und einer Entlassung in „häusliche Pflege“ von Menschen, die Unterstützung bei der Organisation ihres täglichen Lebens und ihrer Selbstpflege benötigen. In Österreich haben wir außerdem die Problematik, dass bei vermeintlich „einfachen und kleinen“ operativen Eingriffen, das Bewusstsein der Patientinnen und Patienten für ihr postoperativ bestehendes „Selbstpflegedefizit“ völlig fehlt. Dies liegt darin begründet, dass Informationen und Aufklärung diesbezüglich von den MedizinerInnen in den

Aufklärungs- und Beratungsgesprächen präoperativ nicht, oder nur kaum thematisiert werden, ja im Gegenteil, Patientinnen bzw. Patienten sogar ermuntert werden, rasch wieder das Krankenhaus zu verlassen. Selbst wenn die Notwendigkeit für eine Unterstützung bei der Selbstpflege postoperativ erkannt werden würde, bzw. darauf hingewiesen würde, haben sie im Moment in Österreich das Problem, dass keine professionelle Information und Beratung von Seiten der Pflege erhalten werden kann. In anderen Ländern, z.B. in Deutschland oder Großbritannien haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit sich wie im Falle von Deutschland in Patienteninformationszentren, oder im Falle von Großbritannien über das National Health System – NHS Direct, kompetente Infos von Pflegepersonen einzuholen.

In der Rehabilitationsphase (hier ist die Pflege in der Regel nicht mehr relevant) scheint eine gute Kommunikation, zwischen MedizinerInnen, PhysiotherapeutInnen und den Patientinnen bzw. Patienten nur dann möglich, wenn beide Berufsgruppen nicht örtlich getrennt, z.B. in derselben Praxis tätig sind und folglich ein persönlicher Kontakt möglich ist. Da jedoch jede Profession ihre eigenen Aufzeichnungen führt, in die die jeweils andere keine Einsicht hat, ist eine gemeinsame bzw. abgestimmte Zielformulierung nicht möglich. Dies kann zu Unstimmigkeiten diesbezüglich und bei Abweichungen bzw. Diskrepanzen zu einer Verunsicherung bei den Patientinnen bzw. Patienten führen.

Es scheint folglich notwendig, hier neue Methoden zur Kommunikation im Team anzudenken, damit in Zukunft eine durchgängige, stringente und abgestimmte Kommunikation und Informationsweitergabe, wie von zahlreichen Expertinnen und Experten gefordert, stattfinden kann. Der Patientenpass könnte hier eine Verbesserung bringen.

5 Grundlagen zur Erstellung von Beratungsmaterial

Gute Beratungsmaterialien, seien diese Broschüren, Handouts mit wichtigen Informationen oder Anschauungsmaterial, bedürfen einer Auswahl nach bestimmten Kriterien. Durchaus kann es von Nöten sein, passende Materialien (Broschüren, Poster u.v.m.) selbst herzustellen bzw. zu entwerfen, damit die Bedürfnisse der zu beratenden Patientinnen und Patienten wirklich befriedigt werden können. Da dies eine große Herausforderung an die Beratenden stellt und sehr viele Punkte dabei beachtet werden müssen, wird diesem Bereich in Folge ein eigenes Kapitel widmen.

London (2003) ist z.Zt. die einzige Autorin, die in ihrem Werk „Informieren, Schulen, Beraten“ detaillierte Grundlagen zu Erstellung von Beratungsmaterialien für den pflegerischen Bereich in deutscher Sprache vermittelt, so wurden für diese Arbeit auch andere Werke zum Thema „Erstellung von Schriften“ im weitesten Sinne herangezogen, um einen größeren Überblick geben zu können. Dies sind einerseits Werke die generell Grundlagenwissen zum Desktoppublishing, in weiterer Folge mit DTP abgekürzt, geben, sowie auch Werke zum Thema „Visualisierung“, „Grundlagen der Erwachsenenbildung“ sowie zum Erstellen von wissenschaftlichen Schriften.

Will man mit Beratung erreichen, dass die vermittelte Information auch behalten werden kann, so ist entscheidend zu wissen, dass rund 80% aller Informationen über das Auge aufgenommen werden, aber nur rund 10% über die Ohren. Kombiniert man nun Hören und Sehen, also kommen zusätzlich zur verbalen Beratung auch schriftliche Beratungsmaterialien zum Einsatz, so kann die Behaltensquote auf ca. 50% angehoben werden. Es wird klar, dass eigentlich „Beratung“ immer mit visuellen Mitteln unterstützt gehört, will man beim Empfänger halbwegs sicher sein, dass die Information zu einem hohen Prozentsatz aufgenommen werden kann. Bedenkt man diese Tatsache, so scheint eine PatientInnenberatung rein verbal zu geben, eigentlich fahrlässig, will man gut informierte Patientinnen und Patienten, die einen hohen Grad an Selbstpflegekompetenz aufweisen (vgl. Lahninger; 2008; S. 163).

Der optimalste Fall wäre eine Kombination aus Sehen, Hören und selber tun, liegt doch in diesem Falle die Behaltensquote bei ca. 90%! Es ist für den „Lernerfolg“ von Erkrankten, also die Fähigkeit Wissen über seine Erkrankung jederzeit wieder abrufen zu können, essentiell in welcher Form die Informationen für ihn aufbereitet worden sind.

Wissen über Metakognition des Lernens in der Erwachsenenbildung ist für die Erstellung von Beratungsmaterialien somit unabdingbar. Beratungsmaterial sollte weiters so aufbereitet sein, dass sie die verbal gegebene Information unterstreicht und eine Beratungszeit von rund 15-20 Minuten nicht überschritten wird. Beratungszeiträume von 10 bis 20 Minuten sind am effektivsten, weil die Aufmerksamkeits- und Behaltensleistung in diesem Zeitrahmen am größten ist. (vgl. Lahninger; 2008; S 162f und Ott; 2007; S 16f)

Auch London schreibt bereits 2003, dass schriftliches Material für das Behalten von Information essentiell ist. Weiters erwähnt sie, dass auch Angehörige durch schriftliches Informationsmaterial notwendige Informationen erhalten können. Sie bezieht sich auf Menke, wenn sie schreibt, dass gedrucktes Material allerdings nur als Hintergrundinformation dienen und keinesfalls die persönliche Beratung ersetzen darf. Sie sieht schriftliches Beratungsmaterial also als Ergänzung zur umfassenden mündlichen Beratung. (vgl. London; 2003; S 148ff)

In einer Studie von Randerath et al. wurde bereits 1999 der Einfluss von Printmedien auf den Informationsgewinn von Patientinnen und Patienten mit Schlafapnoe-Syndrom betrachtet. Es konnte festgestellt werden, dass diese *„...nur effektiv eingesetzt werden können, wenn sie an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der PatientInnen angepasst sind“*. (ebendort S 58) Auch in dieser Untersuchung wurde auf die Textgestaltung der Infobroschüren und die Lesbarkeit der enthaltenen Texte Wert gelegt, allerdings verzichtete man darin auf den Einsatz von Bildmaterial, was nach heutigem Wissenstand unabdingbar erscheint, will man komplexe Vorgänge anschaulich erklären (vgl. London, 2003, S 156f).

Randerath et al. konnten beweisen, dass nach Einsatz der schriftlichen Medien eine signifikante Zunahme des Wissenstandes der Patientinnen und Patienten zu beobachten war. Dies sowohl bei der objektiven Auswertung der Testbögen, als auch beim subjektiven Empfinden der Befragten.

Auch Fitzmaurice und Little et al. (2001) bestätigen in ihren Arbeiten, dass der Einsatz von schriftlichem Informations- bzw. Beratungsmaterial bei der Behandlung von „*minor illnesses*“, vorausgesetzt es ist qualitativ hochwertig aufbereitet und genau auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zugeschnitten und abgestimmt, eine wert- und sinnvolle Ergänzung in einem facettenreichen Beratungssetting sein kann. Fitzmaurice fand weiters heraus, dass ein Großteil 52% der ausgeteilten Leaflets zum Thema Asthma, nicht oder nur teilweise die Kriterien der Guidelines der British Thoracic Society erfüllten.

In all diesen Arbeiten werden immer wieder folgende Begriffe: „Lesbarkeit“, „Leseverständlichkeit“ und „Leserlichkeit“ erwähnt. Diese Bezeichnungen werden, je nach Literatur z.T. in unterschiedlicher Bedeutung verwendet. So wird z.B. unter „Lesbarkeit“ von London (2003; S 156ff) die Verständlichkeit eines Textes verstanden. Sie merkt an, dass diese auch vom Layout abhängt, ohne dafür einen eigenen Begriff zu definieren. Stary (1997; S 165f) versteht darunter die richtige Schriftwahl, Stilvariationen und Layout des Textes. Ein ähnliches Verständnis zur Lesbarkeit eines Textes hat Parker (2002; S 55ff). Für ihn ist die Schriftarchitektur, die Textanordnung auf der jeweiligen Seite und die Art der Einbindung von Bildmaterial bzw. von Grafiken für die gute bzw. schlechte Lesbarkeit von Texten verantwortlich. Am Detailliertesten beschäftigt sich Bamberger (1984; S 15ff) mit diesen Begriffen. Er verwendet den Begriff „Lesbarkeit“ eines Textes in seiner aus dem Englischen abgeleiteten Form von „*readability*“. Er definiert „...*die Leserlichkeit eines Textes...*“ (ebd. S 16) durch den Einsatz von graphischen Elementen wie „...*Form und Größe der Schrift, Zeilenlänge und Zeilendurchschuss, Übersichtlichkeit des Druckbildes usw....*“ (beides ebd. S 16). Diese Unterscheidung und unterschiedliche Bezeichnung erscheint nach seinen Ausführungen äußerst plausibel, weshalb sie für diese Arbeit ebenso zur Anwendung kommt. Es werden im Folgenden der Leserlichkeit = Layout von Beratungsmaterial und der Lesbarkeit von Beratungstexten jeweils ein eigenes Kapitel gewidmet.

Diese Erkenntnisse machen klar, dass sinnvoll gestaltetes, schriftliches Beratungsmaterial nach bestimmten Qualitätskriterien erstellt werden muss, will man den gewünschten Erfolg bei den Patientinnen und Patienten mit dessen Einsatz auch erzielen können.

5.1 Layout = Leserlichkeit von Beratungsmaterial

Eine der größten Herausforderung stellt die Erstellung von qualitativ hochwertigen, schriftlichen Beratungsmaterialien dar. Nicht nur, dass der fachliche Inhalt gut aufbereitet und möglichst evidence based sein sollte, muss auch Wissen über Layout bzw. Leserlichkeit zur Anwendung kommen.

Die visuelle Darstellung von Texten, Grafiken und Bildern ist für die Behaltensquote von Textinhalten essentiell. Unter Visualisierung wird die „bildhafte Darstellung“ verstanden. Die meisten Menschen sind zumindest teilweise visuelle Typen, was sich in der Behaltenskurve widerspiegelt. Werden zwei Sinne, nämlich Hören und Sehen verwendet bzw. angesprochen, so liegt die Behaltensquote der erhaltenen Information bei rund 50%. Eine gute Visualisierung von Beratungsmaterial hilft den LeserInnen sich auf das Wesentliche zu konzentrieren, sie einzubeziehen, den Redeaufwand im Rahmen der Beratung zu minimieren, die erhaltenen Informationen leichter zu erfassen, da Worte durch Bilder ergänzt werden können und somit das Behalten der gegebenen Information zu fördern. (vgl. Seifert; 2009; S 11ff)

Unter Lay-out (engl. Plan, Skizze) wird im Lexikon Brockhaus (2001; S 256) folgende Definition verstanden: „...*bei Druckerzeugnissen Umbruch- und Aufteilungsentwurf, der im Unterschied zu den vorher angefertigten Skizzen den Gesamteindruck (Text- und Bildgestaltung) zeigt*“. Diese Definition zeigt, dass es sich beim Layout um den Gesamteindruck eines Schriftstückes handelt.

Leserlichkeit wird von Bamberger (1984; S 16) mit Layout gleichgesetzt. Er versteht darunter den optimalen Einsatz von Schriftart und -größe, die Anordnung des Textes auf den Seiten, Zeilenabstände usw.

Für die Leserlichkeit¹² des Beratungsmaterials gilt: Je klarer die Struktur, je besser auf die wesentlichen Punkte aufmerksam gemacht wird, desto höher wird das Verständnis durch die Patientinnen und Patientensein. Wenn außerdem darauf geachtet wird, dass ein möglichst heller Hintergrund und dunkle, kräftige Farben für den Text gewählt werden, wirkt sich dies positiv auf das Erscheinungsbild der z.B. Broschüre aus. Mattes Papier sollte Hochglanzpapier vorgezogen werden, da gerade ältere Personen, durch die eventuell entstehenden Spiegelungseffekte, sich deutlich schwerer beim Lesen damit tun würden. (vgl. London; 2003; S.156f)

¹² In weiterer Folge wird in dieser Arbeit der Begriff „Leserlichkeit“ synonym für Layout verwendet.

5.1.1 Schriftwahl

Die Wahl der geeigneten Schrift für Beratungsmaterial sind Kenntnisse über Schriftschnitt, Schrifttyp und Schriftgröße notwendig. Für die Gestaltung von Schulbüchern wurde eigene Gremien von den Schulbehörden in Deutschland und Österreich gebildet, die in weiterer Folge Empfehlungen z.B. zur Wahl der Schriftgröße ausgesprochen haben, damit eine gute Leserlichkeit der Texte in den jeweiligen Jahrgangsstufen erreicht werden konnte. Empfohlen wurden von diesem bis zum 10. Lebensjahr 12Punkt-Schriften und für die bis 14 Jährigen mindestens 10Punkt-Schriften zu verwenden. (vgl. Bamberger; 1984; S 47)

Für die Erstellung von Beratungsmaterial gibt es solche generellen Empfehlungen, zumindest in Österreich, z.Zt. nicht. Es steht jedoch außer Zweifel, dass die Wahl der Schrift einen großen Einfluss auf die Leserlichkeit eines Textes hat.

5.1.1.1 Schriftschnitt, Schrifttyp, Schriftfamilie, Schriftarchitektur, Schriftproportion

Der Begriff „**Schriftschnitt**“ ist bereits sehr alt und stammt noch aus der Zeit der manuellen Schriftsetzerei. Damals mussten von sogenannten Stempelschneidern Druckschriftbuchstaben in Stahl geschnitten werden, die danach mit Blei ausgegossen wurden. Man erhielt Lettern aus Blei, die zum Schriftsetzen verwendet wurden.

Unter dem Schriftschnitt versteht man heute die Variationsmöglichkeiten innerhalb des Schriftbildes innerhalb einer Schriftfamilie¹³ und er bestimmt den Charakter des Schrifttypes. Die unterschiedlichen typischen Merkmale, diese werden auch Garnituren genannt, bezeichnen diese Varianten. So weist z.B. fast jede Schriftfamilie die Varianten: *kursiv* (italic), **fett** (bold) und **fettkursiv** (italic bold) als Schriftschnitte auf. Diese sind in DTP-Programmen als sogenannte „Fonts“ (= vordefinierte Schrifttypen einer Schriftfamilie, z.B. Arial) vorangelegt. Die unterschiedlichen Zeichen dieser Schriftfamilie weisen dabei idente formale Stilmerkmale auf. Ein Beispiel für eine Schriftfamilie wäre die Fonttype „**Arial**“. Von ihr gibt es im Standardprogramm von Word folgende Varianten: **Arial Black**, Arial Narrow, Arial Rounded MT Bold und Arial Unicode MS. Obwohl all diese Varianten anders aussehen, weisen sie doch die

¹³ Als Schriftfamilie werden allen Varianten des Schriftbildes (z.B. unterschiedliche Laufweiten, Strichstärken) einer Schrift bezeichnet. Manchmal werden Schriftfamilien auch als „Schriftart“ bezeichnet. Dies ist jedoch eine ungenaue Titulierung, da dieser Begriff auch für besondere Schriftschnitte Verwendung findet.

typischen Merkmale der Schrifttype „Arial“ auf. Es ist erkennbar, dass die einzelnen Varianten unterschiedlich groß erscheinen, obwohl all diese Beispiele in 12 Punkt geschrieben sind. Schriftfamilien sollten in Texten nicht gewechselt werden, es ist jedoch zulässig die Schriftschnitte innerhalb einer Schriftfamilie zur Textgestaltung (z. B. zum Hervorheben von Wörtern und Wortgruppen, oder zum Kenntlich machen von Aussprüchen oder Zitaten) zu nutzen

(vgl. Bamberger; 1984; S 47; Janaszek; 2010 und Parker; 2004; S 59ff)

In neueren Werken wird die **Schrifttype** oder der **Schriftschnitt** auch einfach als „**Schriftarchitektur**“ bezeichnet. Auch die Schriftarchitektur beschreibt die Typographie, also die Gestaltung der einzelnen Zeichen, aus denen sich der Text zusammenfügt. Dabei werden folgende unterschiedliche Begriffe bzw. Bezeichnungen verwendet, um eine Schrift zu beschreiben:



Abbildung 4 (Quelle: <http://www.janaszek.de/t/schriftgrad.htm>)

- **Mittellänge:** Abstand zwischen der gedachten unteren Linie der Oberlänge und der oberen Linie der Unterlänge (Ober- und Unterlängen werden hier nicht mitgerechnet). Man bezeichnet sie auch als der Abstand zwischen x-Höhe und Schriftlinie, wobei die x-Höhe die Größe des Kleinbuchstaben „x“ definiert. Kleinbuchstaben im Alphabet werden auch als „Gemeine“ oder „Minuskeln“ (von lat. minor = klein) bezeichnet. Schriften mit kleinen Mittellängen weisen eine schlechtere Lesbarkeit auf.
- **Versalhöhe:** Sie bezeichnet die Höhe der Großbuchstaben innerhalb einer Schrift. Großbuchstaben des Alphabets werden als „Versalien“ (von lat. versus = „Zeile“) oder „Majuskeln“ (von lat. major = groß) bezeichnet.
- **Oberlänge:** ist der Teil eines Minuskels, der die Mittellänge überragt, z.B. beim „b“ oder „t“.

- **Unterlänge:** Teil eines Minuskels, der die Schriftlinie nach unten überragt, z.B. beim „j“ oder „g“.
- **Punzen:** Als Punzen bezeichnet man die ganz oder teilweise eingeschlossenen Flächen eines Buchstaben, z.B. beim „a“ oder „O“. Enge Punzen lassen den Text gedrängt erscheinen und führen zu einer schlechteren Lesbarkeit

(vgl. Janaszek; 2009 und Parker; 2004; S 55ff)

Die **Schriftproportion** ist durch den Raum definiert, der jedem Buchstaben innerhalb eines Wortes eingeräumt wird. Erhält jeder Buchstabe den gleichen Raum, so bezeichnet man diese Schriftart als „nicht proportional“. Diese Bezeichnung meint, dass keine Rücksicht darauf genommen wird, dass manche Buchstaben mehr Platz (z.B. „w“, „m“) benötigen, als andere (z.B. „i“, „l“). Dadurch ergeben sich zwischen den einzelnen Buchstaben mehr oder weniger breite Weißflächen. Mit einer Schreibmaschine konnte nur nicht proportional gedruckt werden. Heutzutage ist es aufgrund der komplexen Textverarbeitungsprogramme aber möglich, eine Schrift „proportional“ zu drucken. Dabei wird jedem Buchstaben immer so viel Platz eingeräumt, wie ihm aufgrund seiner Breite bzw. Ausdehnung zusteht. Ein schmaler Buchstabe wie z.B. das „i“ erhält folglich weniger Platz zugedacht, als ein breiter wie z.B. das „w“. Somit sind die Weißflächen zwischen den Buchstaben kleiner und die Schrift kann durch das Auge besser erfasst werden. Die heutzutage gängigen Schriften (z.B. Times Roman, Helvetica, Arial, Book Antiqua) sind alle proportionale Schriften und somit für Beratungsmaterial gut geeignet. (vgl. Stary; 1997; S 165)

Eine weitere Variante der Schriftarchitektur ist die Variation der Buchstabenendigungen und der Form der Punzen. „**Serifen**“ bezeichnen die kurzen Anstriche bzw. Querstriche an den Enden der Buchstaben. Folglich werden Schriftarten auch als „**Serifenschriften**“ klassifiziert, wenn ihre Buchstaben diese kleinen An- bzw. Querstriche aufweisen. Serifenschriften gelten allgemein als leserlicher, da sie die für einen Buchstaben charakteristische Form unterstreichen und das Auge lenken und leichter in der Zeile halten, was sie wiederum schneller lesbar macht. Sie sind deshalb auch für Texte in Beratungsmaterialien besonders gut geeignet und werden von London (2003; S157) für diesen speziellen Einsatz empfohlen. Beispiele für Serifenschriften sind „Times New Roman“, „Bookman Old Style“, „Book Antiqua“. (vgl. Parker; 2004; S 65ff)

Serifenlose Schriften = Sans Serif Schriftarten = Grotesk Schriften weisen diese Querstriche am Ende der Buchstaben nicht auf, weshalb die Buchstaben allgemein für das Auge, vor allem im Fließtext, leichter „verschwimmen“ und nicht so gut wahrgenommen werden können. Serifenlose Schriften wirken allgemein einfacher und eleganter als Serifenschriften und werden deshalb gerne für Überschriften oder Titel eingesetzt werden. Für Fließtexte eignen sie sich aus vorgenannten Gründen nicht so gut. Beispiele für Serifenschriften sind „Arial“, „Lucida Sans“, „Calibri“. (vgl. Stry; 1997; S 163ff; sowie Parker; 2004; S 56ff und London; 2003; S 157)

Der Einsatz von **Zier- oder Schmuckschriften** sollte für Beratungsmaterial vermieden werden. Viele dieser Schriften vermitteln einen Zusammenhang zwischen Schrift und Inhalt. In der Semiotik wird betrachtet, wie Lebewesen mit Zeichen kommunizieren. Auch Schriften können quasi als „Zeichen“ agieren. Ein Zeichen hat immer zwei Bedeutungen, eine denotative (drückt den semantischen Gehalt aus, z.B. „BMW“ = „Auto“) und eine konnotative (geht über die semantische Bedeutung hinaus und bezeichnet etwas mit, z.B. „BMW“ bezeichnet „Bayern“). Ähnlich verhält es sich besonders mit Zier- und Schmuckschriften. Sie weisen ebenfalls eine denotative und konnotative Bedeutung auf. So bildet z.B. die folgende Schriftwahl für die folgenden Worte **„Seidenwäsche“**, *„Maschinenbau“* oder **„Manager“** einen Widerspruch zwischen Form und Inhalt, also zwischen denotativer und konnotativer Bedeutung und würde die LeserInnen eher verwirren als zu einer guten Leserlichkeit beitragen. (vgl. Stry; 1997; S 163ff)

5.1.2 Hervorhebungen der Schrift

Mit Hervorhebungen sollte in einem Fließtext sehr sparsam umgegangen werden, erreicht man doch bei häufigem Einsatz dieser Layoutvariation schnell einen Sättigungsgrad bei den Leserinnen und Lesern, d.h. sie werden nicht mehr als solche beachtet. Hervorhebungen sollten gezielt eingesetzt werden, um besonders wichtige Textpassagen „ins Auge springen“ zu lassen.

Folgende Varianten der Textgestaltung eignen sich gut dafür:

- **Fettdruck:** fett gedruckter Text sticht besonders hervor und unterstreicht die Wichtigkeit eines Wortes oder einer Aussage
- **Unterstreichung:** hebt zwar den Text ebenso hervor, wirkt aber nicht so elegant und setzt die Leserlichkeit herab, da der Zeilenabstand verringert wird, das untere Buchstabenende nicht mehr so gut wahrnehmbar ist und Unterlängen „verschluckt“ werden. Sie stören somit das Schriftbild und sollten nur in besonderen Fällen eingesetzt werden.
- **kursive Hervorhebung:** werden vor allem für Textpassagen verwendet, die nicht beanspruchen dem Leser „ins Auge springen“ zu müssen, sondern ihm helfen sollen, eine besondere Struktur oder Betonung zu erkennen (z.B. ein Zitat).
- **Kapitalchen und Großbuchstaben:** Kapitalchen verwandeln die Minuskeln in kleiner dargestellte Großbuchstaben. Die Majuskeln werden am Wortanfang größer dargestellt, Beispiel: SO KOMMEN KAPITÄLCHEN ZUM EINSATZ. In Fließtexten sollten sie nicht verwendet werden, da die Leserlichkeit eines Textes stark eingeschränkt wird, da die Größe der Kapitalchen ca. 80% bis 90% eines Großbuchstaben beträgt, weshalb der Größenunterschied nur marginal für das Auge wahrnehmbar ist. Auch die reine Verwendung von Großbuchstaben hat eine schlechtere Leserlichkeit zur Folge, da bei ihrem Einsatz eine Unterscheidung der Wortarten völlig fehlt.
- **gesperrte oder breitlaufende Schriften:** auch sie kommen zum Einsatz um z.B. Zitate zu kennzeichnen, wobei sie aber das Schriftbild erheblich beeinflussen. Sie lassen sich durch Einrückungen oder andere Gestaltungsmöglichkeiten ersetzen.
- **Überschriften mit Listenebenen:** Für Beratungsmaterialien sollten nicht mehr als drei Ebenen verwendet werden, da nicht jede Leserin bzw. Leser im und mit dem Umgang mit Listenebenen geübt bzw. vertraut ist. Sie eignen sich gut, um Struktur in ein Schriftstück zu bringen, verwirren aber, wenn sie überstrapaziert werden. Ebenso sollten nicht mehr als drei Schriftgrößen zum Einsatz kommen.

(vgl. Parker; 2004; S 61f sowie Stary; 1997; S 164 f)

5.1.3 Schriftgröße

Die Schriftgröße (exakte Bezeichnung wäre „Schriftgrad“) wird bereits seit dem 18. Jahrhundert exakt in „Punkten“ definiert. Diese exakte Definition für die Buchstabengröße lässt darauf schließen, dass es nicht unerheblich ist, in welcher Größe sich Schrift präsentiert. Schriftgröße hat somit einen wesentlichen Anteil an der Leserlichkeit eines Schriftstückes. Bamberger (1984; S 47) bezeichnet die Schriftgröße sogar als den „...wichtigsten Faktor für die Leserlichkeit...“. Ein Punkt ist die kleinste typographische Einheit für die Definition der Schriftgröße, wobei der „Didot“- Punkt mit einer Größe von 0,375 mm definiert ist und vor allem in Europa Anwendung findet. Früher wurde diese Größendefinition nur für den Hand- und Maschinensatz verwendet und auch als typographisches System bezeichnet. Heute wird die Didot-Punktebezeichnung in Europa auch für DTP-Programme eingesetzt.

Im neuer zur Anwendung kommenden und in Amerika definierten Computersatz findet das Pica-System Einsatz, das einen Point (=Punkt) mit 0,351 mm definiert. Vor allem bei Verwendung von englischsprachigen Computerprogrammen wird dies relevant und kann somit zur Folge haben, dass eine Schrift der Größe 12 Points deutlich kleiner erscheint als wenn das Didot-Punktesystem zum Einsatz kommt, (z.B. 8 Didot-Punkte ergeben eine Buchstabengröße von 3mm und 12 Didot-Punkte eine solche von 4,5 mm). (vgl. Stary; 1997; S 165 sowie Parker; 2002; S 67)

Die unterschiedlichen Schriftgrade werden, je nach Punkteanzahl, mit eigenen Namen bezeichnet, die nicht mit der Bezeichnung der Schriftfamilie verwechselt werden dürfen, da sie nur die Größe definieren, nicht jedoch das Aussehen der Schrift. Nachfolgend werden die am häufigsten verwendeten Schriftgrade = Schriftgrößen aufgeführt:

- | | |
|--------------------|--------------------|
| • Petit | 8 Punkt = 3 mm |
| • Garmond (Korpus) | 10 Punkt = 3,75 mm |
| • Cicero | 12 Punkt = 4,5 mm |
| • Mittel | 14 Punkt = 5,25 mm |

Hierbei ist anzumerken, dass die Schriftgrade ab 10 Punkt jeweils um 2 Punkte, also in Zweierschritten, vergrößert werden. Davor wird jeweils um einen Punkt je Schriftgrad gesteigert. Nach Bambergers Ausführungen hängt die Lesegeschwindigkeit maßgeblich von der Buchstabengröße ab, wobei er meint, dass ab einem Lebensalter von zwölf Jahren eine Schriftgröße von 8 Punkten ideal wäre.

Er begründet dies unter anderem auch damit, dass bei einem normalen Leseabstand mit einer Blickspanne ca. zwei Zentimeter erfasst werden können. Dies entspricht eben bei dieser Schriftgröße rund 8 Buchstaben. Es ist seiner Begründung nach außerdem relevant, dass guter LeserInnen nicht Buchstabe für Buchstabe erlesen, sondern bereits bekannte Wörter als Sinneinheit erfassen und wieder erkennen. Dies geschieht aufgrund des Wiedererkennens von Signallauten und Silben in einem Wort, was dazu führt, dass geübte LeserInnen bis zu 300 Wörter innerhalb einer Minute lesen können. (vgl. Bamberger, 1984; S 47f)

Londons (2003; S 157) Ansicht, bezüglich der „richtigen Schriftgröße“, unterscheidet sich von der Aussage Bambergers erheblich. Sie empfiehlt für Beratungsmaterialien eine Schriftgröße zwischen 12 und 14 Punkten. Dies mag dadurch begründet sein, dass Beratungsmaterial häufig auch für ältere Personen zum Einsatz kommt, die einen „normalen Leseabstand“ nicht mehr einhalten können bzw. bereits Einschränkungen in ihrer Sehfähigkeit aufweisen. Eine nähere Erläuterung bzw. Begründung wird von ihr diesbezüglich aber nicht gegeben.

5.1.4 Zeilenfall = Satzspiegel

Unter dem Zeilenfall versteht Parker (2002; S 69ff) die Anordnung der Worte innerhalb einer Zeile. Sary (1997; S 167ff) verwendet für denselben Sachverhalt den Begriff Satzspiegel und versteht darunter „...die Ausrichtung des Textes...“ (ebd. S 167). Beide Autoren unterscheiden synonym und unter gleichen Bezeichnungen vier Varianten, wie im Folgenden beschrieben, die eigentlich jedes Textverarbeitungsprogramm am Computer anbietet:

5.1.4.1 Blocksatz

Beim Blocksatz wird der Text links- und rechtsbündig am definierten Rand ausgerichtet. Dabei werden die Abstände zwischen den einzelnen Worten individuell, je nach Wortanzahl, variiert, der Text wird aber immer am rechten und linken Seitenrand ausgerichtet. Dies hat zur Folge, dass Weißflächen am rechten Zeilenrand verloren gehen, was den Text allgemein dunkler erscheinen lässt. Allerdings ist es auch möglich, dass z.B. bei Verwendung von mehreren sehr langen Worten in einer Zeile, die Wortzwischenräume relativ groß werden. Dies lässt sich durch den Einsatz von Silbentrennungsprogrammen verhindern. Weiters kann dieser Eindruck bei Verwendung von nicht proportionalen Schriften, die heute allerdings nicht mehr sehr populär sind, entstehen. Der Blocksatz wird häufig für Printmedien, Bücher und

Hochschulschriften verwendet, da mit ihm eine höhere Wortdichte erreicht werden kann, was wiederum Platz und somit Kosten spart. Für Beratungsmaterialien scheint der Blocksatz nicht gut geeignet.

5.1.4.2 Linksbündiger Flattersatz

Hierbei wird der Text jeweils am linken Seitenrand bündig angelegt und an der rechten Seite entstehen, je nach Wortanzahl längere oder kürzere Randabstände. Durch die gleichbleibenden Wortabstände werden zusammengehörige Wortgruppen blicktechnisch leichter erfassbar, was wiederum der Leserlichkeit zuträglich ist. Besonders beim Einsatz von nicht proportionalen Schriften eignet sich diese Textausrichtung besonders gut. Solcherart gestaltete Texte vermitteln einen informellen und modernen Eindruck. Sie sind für Beratungsmaterialien gut geeignet, da auch der Weißanteil der Texte durch den Flattersatz erhöht wird, was wiederum die Leserlichkeit steigert.

5.1.4.3 Zentrierter Satz oder auch Spiegelsatz

Bei einer Zentrierung wird der Text mittig auf der Seite ausgerichtet. Besonders eignet sich diese Form des Layouts für Überschriften, die über mehrere Zeilen laufen. Sie verleiht dem Dokument einen förmlichen Charakter. Gut eignet sich eine Zentrierung auch für Einladungen, offizielle Ankündigungen oder aber besondere Texteingänge (z.B. ein Gedicht, ein Zitat o.ä.) in einem Fließtext. Er ist für längere Texte nicht gut geeignet, da er eine schlechte Leserlichkeit bietet. Ebenso sollte für Fließtexte Zentrierungen vermieden werden, fordern sie doch vom Leser, dass er den Beginn jeder neuen Zeile mit seinem Blick wieder „suchen“ muss, was die Leserlichkeit deutlich verschlechtert.

5.1.4.4 Rechtsbündiger Flattersatz

Beim rechtsbündigen Auslegen des Textes liegen die letzten Buchstaben einer Zeile immer untereinander am rechten Seitenrand an. Die Zeilenanfänge links beginnen unterschiedlich, was zur Folge hat, dass die LeserInnen sich bei jedem Zeilenbeginn neu orientieren müssen, da diese wie bei der Zentrierung immer, abhängig von der Wortanzahl in der Zeile, unterschiedlich erscheint. Auch hier sollte, aus denselben Gründen wie bei der Zentrierung, darauf verzichtet werden diese Layoutform für Fließtexte zu verwenden. Gestalterische und grafische Zwecke begründen aber seinen Einsatz.

Betrachtet man diese Ausführungen, wird klar, dass die Wahl des Zeilenfalles die Leserlichkeit eines Textes in einer Publikation stark beeinflussen kann. Dies wird auch durch die Abstände zwischen den einzelnen Worten beeinflusst, wobei sowohl zu weite (Text kann nicht mehr mit einer Blickspanne¹⁴ erfasst werden), wie auch zu enge (der Text erscheint zu dunkel) Wort zu Wort Distanzen vermieden werden sollen.

(vgl. Parker; 2002; S 73f)

Eine ideale Zeilenbreite beträgt ca. 10 cm. Je länger die Zeilen, umso mehr erhöht sich die Anzahl der Blickregressionen¹⁵. Ist die Zeile zu kurz, so hat dies eine höhere Anzahl der Fixationspausen zur Folge. Beides wird von den LeserInnen als unangenehm empfunden und schränkt wiederum die Leserlichkeit ein. (vgl. Bamberger; 1984; S 47f)

Als ideale Anschlaganzahl (Anzahl der Zeichen) innerhalb einer Zeile sieht London (2003; S 157) 30 bis 50 Anschläge, ohne Lehrzeichen. Inkludiert man die Lehrzeichen in die Zählung, so ergibt sich eine empfohlene Anzahl von 50 bis 60 und ein „lockeres“ Textbild.

5.1.5 Zeilenabstand und Durchschuss

Diese Begriffe werden häufig gleichwertig verwendet, obgleich sie eine unterschiedliche Bedeutung haben, wie nachstehend ausgeführt.

5.1.5.1 Zeilenabstand

Darunter wird die Distanz von einer zur nächsten Grundlinie¹⁶ verstanden. Als idealer Zeilenabstand wird von den meisten DTP-Programmen die Standardvoreinstellung von 120% der benutzten Schriftgröße verwendet. Dies würde bei einer Schriftgröße von 10 Punkten eine Zeilenabstand von 12 Punkten bedeuten und wird folgender Maßen angeführt: 10/12. (vgl. Parker; 2002; S 77f)

¹⁴ Eine Blickspanne beträgt bei normaler Entfernung vom zu lesenden Schriftstück etwas mehr als 2cm, das entspricht einer Anzahl von 6 bis 8 Buchstaben, je nach Schriftgröße

¹⁵ Blickregression bedeutet das „Nachrücken“ der Augen im Laufe der Zeile, um den Text verfolgen zu können.

¹⁶ Die Grundlinie ist eine gedachte Linie, auf der alle Zeichen ohne Unterlänge horizontal angeordnet sind.

5.1.5.2 Durchschuss

Hier ist der Zwischenraum zwischen den Zeilen gemeint und er wird, genau wie die Schriftgröße, in Punkten angegeben. Gemessen wird dabei nur der leere Raum zwischen den Unterlängen der oberen Zeile und den Oberlängen der unteren Zeile. Prinzipiell gilt, dass sich der Durchschuss proportional zur Zeilenlänge gestalten sollte – kurze Zeilen, kleine Abstände. Je länger die Zeile ist, desto weiter kann auch der Durchschuss gewählt werden. Folglich sollte für die bessere Leserlichkeit einer Überschrift eher ein enger Durchschuss gewählt werden, jedoch für einen Fließtext besser ein größerer, da die Seite dann heller und weniger dicht erscheint. (vgl. Parker; 2002; S 78)

Auch Bamberger (1984; S 47f) beschreibt einen Zeilendurchschuss von ca. 2 Punkten bei einer Schriftgröße von 8 – 12 Punkten und als ideal. Werden fette oder halbfette Schriften gewählt, so sollte der Durchschuss auf 3 bis 5 Punkte erhöht werden, um eine gute Leserlichkeit zu gewährleisten.

Heute werden bei den meisten DTP – Programmen bereits fix voreingestellt unterschiedliche Zeilenabstände angeboten. Stary (1997; S 166) empfiehlt einen Zeilenabstand von 1,5 da Texte mit einem solchen schneller zu lesen sind. Er meint, dass die Lesegeschwindigkeit durch den Zeilenabstand beeinflusst wird. London (2003) gibt hierzu im Speziellen zur Erstellung von Beratungsmaterial keine Empfehlungen ab.

5.1.6 Seitengestaltung

Für die Gestaltung der einzelnen Seiten einer Beratungsbroschüre¹⁷ sollten Gestaltungsgesetze Beachtung finden. Diese wurden in der Gestaltpsychologie von Vertretern der „Berliner Schule“ im Umfang von über 100 definiert und festgelegt und sind heute als allgemeine Strukturierungs- und Gruppierungsprinzipien der menschlichen Wahrnehmung anerkannt.

Die **Gestaltungsgesetze** wurden wie folgt als Thesen zusammengefasst und teilweise auch wichtig für die Gestaltung von Lehrmaterial und somit auch Schulungsmaterial sind:

- *„Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“*
- *„Jede Wahrnehmung ist in den Gesamtzusammenhängen des Erlebens des wahrnehmenden Subjekts eingebunden“*
- *„Wahrnehmung unterliegt einer spontanen Tendenz zur gestalthaften Organisation (Gruppierung)“*
- *„Gestalten heben sich als abgesonderte, umgrenzte, gegliederte, möglichst einheitliche und geschlossene Figuren von einem unstrukturierten Grund ab“*
- *„Gestalten werden als bedeutungsvoll erlebt“*
- *„Schlechte“, unvollkommene Gestalten „tendieren“ in der Wahrnehmung nach „guten“, vollkommenen Gestalten. So wird zum Beispiel ein 86°-Winkel von den meisten Betrachtern als 90°-Winkel angesehen“*
- *„Gute“ Gestalten erhalten ihre Gestalt-Qualitäten der Form oder Farbe trotz Veränderung der Darbietungs-Bedingungen (z.B. Lage, Entfernung, Beleuchtung, usw.)“*

(Stry; 1997; S171)

¹⁷ Unter Beratungsbroschüre werden im Weiteren alle Formen von schriftlichem Beratungsmaterial verstanden

Im Folgenden sollen die für die Erstellung von Beratungsmaterial wichtigsten Gestaltungsgesetze noch eingehender betrachtet werden.

5.1.6.1 Gesetz der Nähe

Dieses besagt, dass beieinander liegende Teile als Ganzes, also als Einheit, aufgefasst werden. Dem liegt die Gliederung nach dem Prinzip des kleinsten Abstandes zu Grunde. Werden z.B. Linien als Zeilen dargestellt, wobei immer zwei näher aneinander liegen, so erkennt das menschliche Auge diese näher beisammen liegenden Linien als Einheit oder Zeilenpaare, obwohl alle einfach nur Zeilen darstellen könnten (siehe Abbildung 6).

Ebenso verhält es sich mit der Darstellung von Symbolen in einer ähnlichen Zeilenkonstellation. Die Zeilen der Symbole werden nicht mehr als solche erkannt, sondern es werden eher Punkte-Säulen wahrgenommen (siehe Abbildung 5), weil die Abstände zwischen den Punkten innerhalb einer Zeile größer sind, als die Abstände der Punkte zwischen den Zeilen.

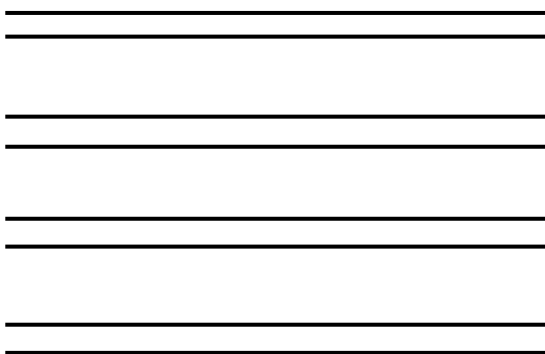


Abbildung 6 - Zeilenpaare

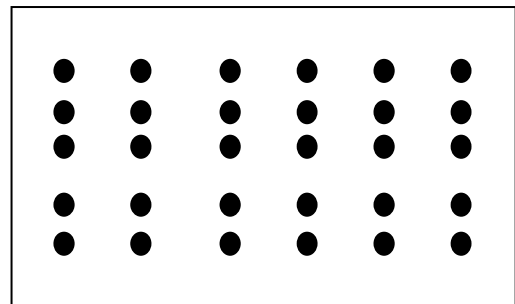


Abbildung 5 - Punktzeilen

Vor allem für die Gestaltung von Bildern und deren Beschriftung hat dieses Phänomen hohe didaktische Relevanz. Liegen Beschriftung und Bild nahe beieinander (siehe Abbildung 7), so ist gewährleistet, dass „auf einen Blick“ ein komplexes Erfassen möglich ist und somit die Abbildung schneller gelesen werden kann.

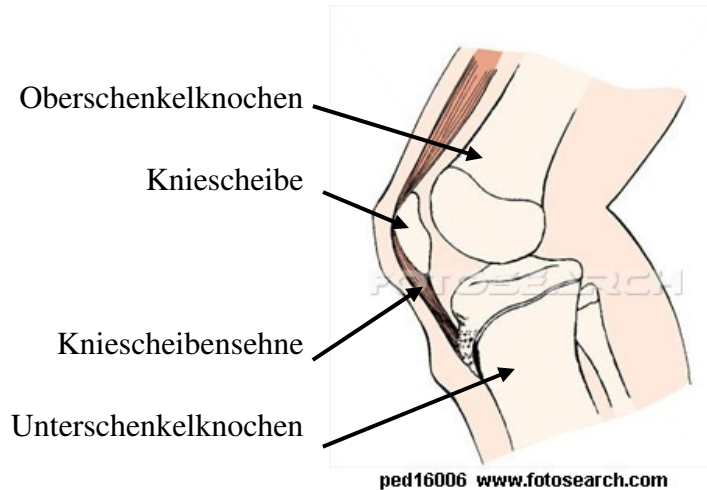


Abbildung 7 – Kniegelenk

Beschriftet man z.B. eine Grafik Abbildungsfern (siehe Abbildung 8), so wird unter Umständen die Schrift mit dem dazugehörigen Teil nicht mehr als Einheit erfasst, da diese beiden zusammenhörigen Teile nicht mehr innerhalb einer Blickspanne liegen. (vgl. Stary; 1997; S 171ff)

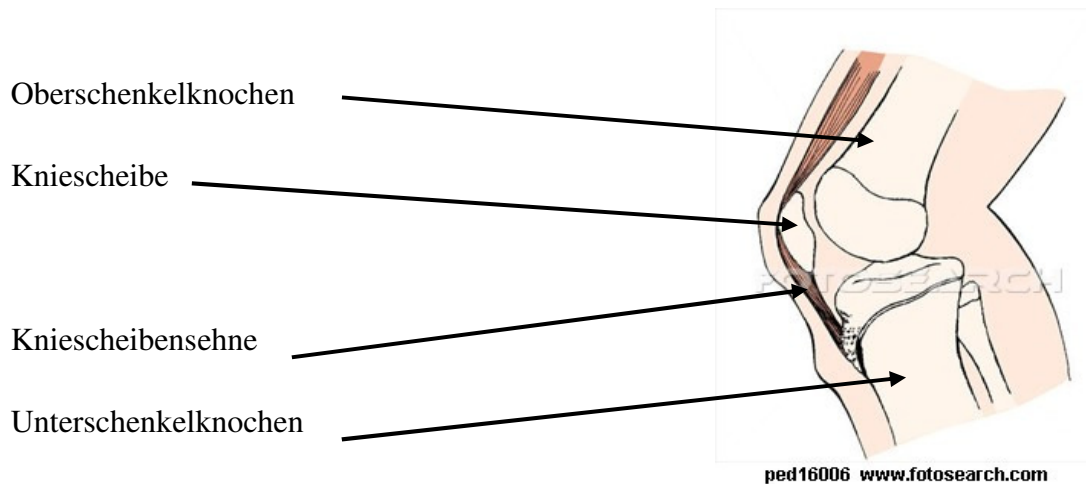


Abbildung 8 - Kniegelenk

Weiters gilt für den Einsatz von Bildmaterial, dass der gezeigte Ausschnitt immer groß genug sein muss, damit auf den ersten Blick erkannt werden kann, um welchen Körperteil es sich hier handelt. Die Abbildungen sollen Kernaussagen des schriftlichen Materials visuell unterstreichen, verdeutlichen und eine Erklärungshilfe darstellen, weiters mit einem Titel bestückt sein. Wichtige Punkte können mit Pfeilen gekennzeichnet bzw. beschriftet werden. London empfiehlt weiters für den Einsatz von Abbildungen eher Zeichnungen als Fotos. Sie meint, dass Details auf Fotos möglicher Weise die Aufmerksamkeit der BetrachterInnen vom Wesentlichen ablenken könnte. Weiters ist der Einsatz von qualitativ hochwertigen Fotos mit höheren Kosten verbunden, obgleich gute Farbfotos die BetrachterInnen eher ansprechen, als schwarz-weiße Abbildungen.

(vgl. London; 2003; S156f)

5.1.6.2 Gesetz der Geschlossenheit

Hier gilt es zu beachten, dass eine geschlossene Einheit eher als Ganzes wahrgenommen wird, als wenn Teile „offen“ bleiben. Eine „eingerahmte“ Fläche vermittelt das Erscheinungsbild einer Figur und kann somit Darstellungen hervorheben. Abbildungen, wichtige Aussagen und zusammengehörige Elemente sollten eingerahmt werden um das Blickfeld zu begrenzen und auf das Wesentliche zu konzentrieren. Betrachten wir nun Abbildung 9, welche grundsätzlich mit Abbildung 6 ident ist, nun aber mit geschlossenen Feldern, so werden nicht mehr die Linienpaare wahrgenommen, sondern es liegen die nun entstandenen Rechtecke im Zentrum der Betrachtung. (vgl. Stary; 1997; S 174)

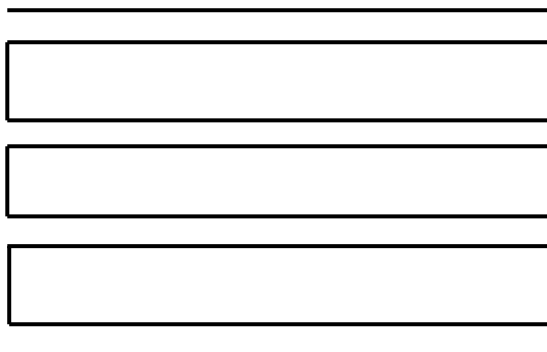


Abbildung 10: "geschlossene Zeilen"

5.1.6.3 Gesetz der Ähnlichkeit

Bietet die Gestaltung eine visuelle Einheitlichkeit, so lässt dies auch auf eine sachliche Einheitlichkeit schließen. Somit besagt das Gesetz der Ähnlichkeit, dass gleichförmige Teile von den BetrachterInnen eher zu einem Ganzen zusammengesetzt werden, als wenn diese nicht gleichförmig wären. Gleiches sollte daher immer gleich benannt werden, z.B. wird bei den Informationen auf etwas sehr Wichtiges verwiesen und deshalb farblich, in der Größe und der Textur besonders gekennzeichnet, so sollte in allen Kapiteln bzw. Abschnitten mit wichtigen Informationen gleich verfahren werden, sprich die gleiche Farbe, Schriftart und –größe eingesetzt werden. Die Patientinnen und Patienten erkennen somit auf einen Blick, dass hier eine für sie wichtige Information steht. (vgl. Stary; 1997; S 174)

Zusätzlich zu den Gestaltungsgesetzen sollte auch weitere Gestaltungstools beachtet werden. Einen wesentlichen Anteil an einer betrachterInnenfreundliche Gestaltung einer Textseite ist die Beachtung bzw. der gezielte **Einsatz von Weißräumen**¹⁸.

5.1.6.4 Weißräume

Es wird für die Gestaltung einer Seite zwischen drei Flächenarten unterschieden: weiße Flächen = leere Stellen auf einer Seite, graue Flächen = Seitenteile die mit Texten gefüllt sind und schwarzen Flächen = Flächen die mit Bildern ausgefüllt sind. Der Blick der LeserInnen fällt immer zuerst auf die schwarzen Flächen, an zweiter Stelle werden aber die weißen Flächen und nicht der Text wahrgenommen. Dies geschieht, weil der Blick vorrangig durch Kontraste geleitet wird. Der Kontrast zwischen einem „kräftigen“ Bild, das vom Betrachter hohe Konzentration erfordert, und den umliegenden Weißräumen ist meist erheblich. Die Weißräume rund um Abbildungen bieten somit dem Auge des Betrachters die Möglichkeit gewissermaßen zu entspannen. Ebenso verhält es sich mit Seiten die hauptsächlich aus Grauräumen bestehen. Sie vermitteln den BetrachterInnen, dass sie hier Zeit aufwenden müssen, um sich durch den Text „durcharbeiten“ zu können. Für Beratungsmaterialien sollte versucht werden, Textseiten mit ausreichend Weißräumen zu versehen und Grauräume und Schwarzzräume abzuwechseln. Weißräume können in

¹⁸ Unter Weißräumen werden die freien, also nicht bedruckten (weder Text noch Bilder) Flächen verstanden. Sie werden ebenfalls zu den Gestaltungsmitteln gezählt und dürfen in ihrer Wirkungsfähigkeit nicht unterschätzt werden.

unterschiedlichen Formen zum Einsatz kommen, z.B. als leerer Bereich rund um Überschriften, als Seitenränder, als Weißraum beim Einsatz des linksbündigen Flattersatzes und als Absätze für Abständen zwischen den Absätzen und zwischen den Textzeilen wählt man einen 1,5fachen Zeilenabstand. (vgl. Parker; 2002; S 88ff)

5.1.6.5 Gliederung

Ein weiterer Punkt Text und somit auch Seiten zu gestalten, ist der Einsatz von Gliederungselementen. Mit der Gliederung wird der Inhalt einer Beratungsbroschüre gezielt in Einzelteile zerlegt, damit die Zusammengehörigkeit von Informationen dargestellt werden kann. Dies ist besonders für den Ablauf der Inhalte wichtig, damit diese in prägnanter und aufeinander abgestimmter Form geliefert werden können. Überschneidungen sollten dabei vermieden werden, jedoch sollte darauf geachtet werden, dass die Gliederungsüberschriften sinnvoll aufeinander abgestimmt bzw. miteinander verknüpft werden. Die Inhalte der einzelnen Abschnitte sollen logische Einheiten bilden und es soll vermieden werden diese isoliert darzustellen. Textgliederungen helfen LeserInnen, sich in einer Broschüre zu Recht zu finden und geben im besten Fall den logischen Gedankenfluss der VerfasserInnen wieder. London (2003; S 157) empfiehlt Fließtexte von klaren Überschriften unterbrechen zu lassen und gegebenen Falles Zwischenüberschriften einzuarbeiten, wenn ein Text mehr als fünf Unterpunkte aufweist. Für Gliederungen können einerseits numerische Ordnungen, oder andererseits alphanumerische Ordnungen Verwendung finden, wobei Letztgenannte für Beratungsmaterialien nicht gut geeignet scheinen, wirken sie doch für den nicht geübten Leser eher verwirrend, denn klärend.

Die numerische Ordnung kann weiters nochmals variiert werden, indem man sich entweder für eine solche nach dem Linienprinzip¹⁹, oder nach dem Abstufungsprinzip²⁰ einsetzt. Bezüglich der Leserlichkeit der einen oder anderen Variante werden bei Brink keine genauen Empfehlungen gegeben, jedoch merkt er an, dass das Abstufungsprinzip für wissenschaftliche Arbeiten die Möglichkeit eröffnet, den Arbeitsaufbau schneller überblicken zu können.

Für Beratungsmaterialien sollten in der Regel zwei bis höchsten drei Gliederungsebenen verwendet werden, da sonst die Übersichtlichkeit leiden könnte. Wird der Text in Spalten zur Darstellung gebracht, eignen sich Gliederungsebenen nicht besonders gut, sondern es sollte lediglich Überschriften bzw. Unterüberschriften als Gliederungselemente gewählt werden, um überschaubare Textabschnitte zu erhalten. (vgl. Brink; 2005; S 141ff sowie London; 2003; S 157)

¹⁹ Ordnung nach dem Linienprinzip bedeutet, dass jede Kapitelschrift linksbündig beginnt, sie bilden somit eine vertikale Linie

²⁰ Ordnung nach dem Abstufungsprinzip bedeutet, dass die Kapitelüberschriften, je nach Hierarchie bzw. Gliederungstiefe nach rechts eingerückt werden. Kapitelüberschriften der gleichen Hierarchiestufe beginnen immer an der gleichen vertikalen Einrückungslinie

5.2 Lesbarkeit

Einer der vordergründigsten Punkte den es für die Erstellung von Beratungsmaterial zu beachten gilt, ist die Lesbarkeit²¹ eines Textes. Dieser Begriff wird im normalen deutschen Sprachgebrauch selten verwendet und entstand aus der Übersetzung des Wortes „readability“ aus dem Amerikanischen ins Deutsche. Verstanden wird darunter, im eigentlichen Sinne des Wortes, die Verständlichkeit eines Textes bzw. der Schwierigkeitsgrad der angewandten Sprache. (vgl. Bamberger; 1984; S 15ff)

Lesbarkeit wird aber im deutschen Sprachgebrauch im Zusammenhang mit Texten auch in anderer Form verwendet, nämlich für die Leserlichkeit²² eines Textes. Jele bezeichnet die Kriterien der Verständlichkeit eines Textes z.B. „Leichtigkeit“ des Textes und bezieht sich bezüglich dieser Bezeichnungen auf Eco. (vgl. Jele; 2003; S 79f)

Für das Lesen und somit Möglichkeit einer sinngerechten Aufnahme und des Verstehens von geschriebenen oder gedruckten Texten gilt es zahlreiche Voraussetzungen zu beachten. Die drei folgenden Faktoren und die Beziehung der selbigen untereinander bestimmen den Vorgang des Lesens erheblich. Einerseits sind dies die LeserInnen selbst (z.B. ihr Bildungsniveau, ihre Lesefähigkeit, ihr Vorwissen über das Thema oder ihre Motivation und ihr Interesse den Text zu lesen) und ihr Interesse am Inhalt dieses Textes, andererseits die Sprachform, aber auch die Gestaltung (= Leserlichkeit) und die Organisation (= Reihung bzw. Gliederung der Inhalte) des Textes, die die Lesbarkeit beeinflussen.

Generell von den LeserInnen zu sprechen wäre jedoch fatal, denn es handelt sich jeweils um Individuen mit ihnen ureigenen Eigenschaften im Bezug auf die oben bereits erwähnten Merkmale. Es muss daher bei der Erstellung von schriftlichen Beratungsmaterialien versucht werden, die Zielgruppe möglichst genau zu kennen. Ist diese heterogen, so ist eine zielgerichtete Texterstellung schwieriger, als für sehr homogene Gruppen. Ein Punkt hierbei ist das Maß der Sprachbeherrschung = Wortschatz, eines Individuums. Es wird z.B. davon ausgegangen, dass ein ca. zehnjähriges Kind einen Wortschatz von rund 15000 verschiedenen Wortformen und rund 10000 verschiedene Stammwörter für schriftliche Texte verwendet. Weiters geht

²¹ Unter Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die Verständlichkeit bzw. der Schwierigkeitsgrad der Sprache verstanden.

²² Die genauere Auseinandersetzung mit der Leserlichkeit eines Textes wurde in dieser Arbeit bereits unter Punkt 3 näher ausgeführt.

man davon aus, dass dieser Wortschatz sich um 500 bis 1000 Worte pro Schuljahr erweitert. Dies gilt für „durchschnittlichen LeserInnen“, d.h. Kinder die sehr viel lesen, könnten ihren Wortschatz um das Doppelte oder sogar Dreifache pro Jahr erweitern. Beim Erwachsenen bleibt in der Regel die Leseleistung am Niveau der letzten besuchten Schulstufe, wobei Menschen die z.B. beruflich viel lesen ihr Leseniveau durchaus auch in beträchtlichem Maße noch steigern können. (vgl. Bamberger; 1984; S 20f)

Für die Erstellung von Beratungsmaterial ist dies insofern relevant, dass der Einsatz von sehr komplizierten Worten bzw. Fachbegriffen eher vermieden werden sollte (diese beeinflussen unter anderem die Lesbarkeit beträchtlich), da nicht davon ausgegangen werden kann, dass die DurchschnittsleserInnen²³ diese verstehen. Lassen sich Fachbegriffe nicht vermeiden, so sollten diese in einem Glossar erläutert bzw. übersetzt werden. (vgl. London; 2003; S 155)

Die Wortwahl trägt aber nur, wie bereits erwähnt, zu einem Teil zur Verständlichkeit bzw. Lesbarkeit eines Textes bei, Bamberger (1984; S 16) fasst alle Einflussfaktoren auf die Textlesbarkeit wie folgt zusammen:

- „*inhaltliche oder begriffliche Schwierigkeit*“
- „*sprachliche Schwierigkeit*“
- „*Qualität des Stils*“
- „*Leserlichkeit und Gestaltung des Druckbildes*“
- „*Leserbezug bzw. die Ansprechbarkeit im Hinblick auf den Leser*“

Um nun die Lesbarkeit eines Textes überprüfen zu können, wurden zahlreiche Verständlichkeitskonzepte entwickelt. Diese kommen entweder empirisch induktiv (sie sind somit anwendungsorientiert und versuchen Voraussagen über die Verständnisleistung treffen zu können) oder theoretisch deduktiv (basierend auf theoretischen Annahmen zu Verstehensprozessen) zum Einsatz. Zur Überprüfung der Leseleichtigkeit werden Lesbarkeitsformeln oder Verständlichkeitsformeln eingesetzt. (vgl. Felsch; 2004; S 3)

²³ Wobei hierbei anzumerken ist, dass LeserInnen, die sich mit einem bestimmten Thema z.B. einem speziellen Krankheitsbild, bereits auseinander gesetzt haben, etliche themenspezifische Fachbegriffe durchaus kennen können.

Lesbarkeitsformeln werden in zahlreichen Varianten angeboten und eingesetzt. Mit ihnen wird erhoben wie viele mehrsilbige Worte (zweiselbige, dreiselbige, viersilbige, usw.) sich im Text befinden, denn je mehr mehrsilbige Worte, desto schwerer verständlich wird der Text. Wichtig sind auch die Fremdwortanzahl und die Fachwortanzahl (z.B. medizinische Fachbegriffe). Auch hier gilt – je mehr desto schwerer verständlich. Zahlreiche Instrumente stehen zur Überprüfung zur Verfügung, wie zum Beispiel die erste Wiener Sachtextformel, die Frey Lesbarkeitsformel oder der Flesch-Index für deutsche Texte. Man geht davon aus, dass für Beratungsmaterialien eine durchschnittliche Lesbarkeit für die 6. bis 8. Schulstufe anzustreben ist. Damit sollten diese Texte für den größten Teil der Konsumentinnen und Konsumenten gut lesbar sein. Je nach Lesbarkeitsformel werden unterschiedliche Werte erreicht, welche nachfolgend behandelt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass für Patientinnen und Patienten, die mit einer Erkrankung schon besser vertraut sind, vielsilbige Fachbegriffe durchaus bekannt sind. Für diese Patientinnen und Patienten kann die Verständlichkeit durch die Verwendung von Fachbegriffe durchaus erhöht werden (z.B. Nierentransplantierte verstehen „Immunsuppressiva“, obwohl dieses Wort, besonders wenn es häufiger benutzt wird, die Bewertung durch die eingesetzte Lesbarkeitsformel deutlich verschlechtern würde). Was mit Lesbarkeitsformeln allerdings nicht beurteilt werden kann, ist die kontextuelle Bedeutung, das Layout, das Textformat und die Komplexität des behandelten Themas. Es ist weiters zu beachten, dass etliche Lesbarkeitsformeln ursprünglich für englische Texte entwickelt worden sind und deshalb nicht eins zu eins für deutsche Texte eingesetzt werden können, da sich diese beiden Sprachen in der Verwendung von Wortsilben und Satzlängen deutlich unterscheiden und folglich zu falschen Ergebnissen führen. Etliche der ursprünglichen Formeln wurden aber für den Einsatz im deutschen Sprachraum adaptiert oder weiter entwickelt. (vgl. London; 2003; S.175-178 sowie Felsch; 2004; S 3; und Bamberger; 1984; S 55ff)

Im Folgenden werden die wichtigsten Lesbarkeitsformeln näher beleuchtet.

5.2.1 Flesch-Lesbarkeits-Score

Die Flesch-Lesbarkeitsformel wurde von Rudolf Flesch²⁴ entwickelt und erstmals 1948 als sogenannter „*Reading Ease Index*“ für den Gebrauch im Englischen eingesetzt. Heute findet meist die Flesch Reading Ease Skala (= FRE) Verwendung und Sie zählt als die am häufigsten angewandte Lesbarkeitsformel. Basis für die Berechnung der Lesbarkeit mittels FRE ist die durchschnittliche Silbenanzahl pro Wort und die durchschnittliche Satzlänge (Anzahl der Wörter dividiert durch die Anzahl der Sätze im Text). Für die Berechnung der Lesbarkeit genügt eine Stichprobe von rund 100 Wörtern und sie weist eine Range von 0 bis 100 auf, wobei ein Ergebnis von 0 fast nicht mehr und 100 sehr leicht lesbar ist. Unter anderem wird sie z.B. vom U.S. Department of Health, Education and Welfare für die Überprüfung von Texten aus Broschüren verwendet, für die eine Lesbarkeit der 7. Bis 8. Schulstufe angestrebt wird. Dies würde einem Fleschwert von 60 – 70 Punkten entsprechen.

Für die Leseleichtigkeit (erforderliche Bildung für gutes Verständnis) eines allgemeinen deutschen (siehe typische Werte) Textes gilt in der Regel:

Wert	Schwierigkeit	Textart	typ. Werte
91 - 100	extrem leicht (5. Schulstufe)	Comics	90 - 100
71 - 90	sehr leicht (6.- 8. Schulstufe)	klass. Werbesprüche / Slogans	80 - 90
51 - 70	leicht (Abschlussklasse Schulpflicht)	durchschnittliche Werbesprüche	65 -75
41 - 50	durchschnittlich (Mittelschule, Berufsschule)	Boulevardzeitung	50 - 60
31 - 40	etwas schwierig (Gymnasium Oberstufe)	durchschnittliche Zeitung	40 - 50
21 - 30	schwierig (Matura, Studium)	anspruchsvolle Zeitung (DiePresse, FAZ)	20 - 40
< 21	schwer (Hochschulabschluss	Amtsdeutsch	0 - 20
		Fachliche Abhandlungen	-10 – 0

Berechnet wird mit folgender Formel:

FRE: = 206,835 – (1,015 x ASL) – (84,6 x ASW) <u>Legende:</u> FRE = Flesch Reading Ease Skala ASL = durchschnittliche Satzlänge (Anzahl d. Worte/Anzahl d. Sätze) ASW = durchschnittliche Silben pro Wort	
--	--

(vgl. Finkbeiner; 2005; S 293f; London; 2003; S 175f und Bamberger; 1984; S 55f)

²⁴ Rudolf FLESCH (1911 – 1986), ein gebürtiger Wiener, der nachdem er sein Jurastudium in Wien beendet hatte, 1938 in die USA auswanderte. Dort besuchte er ein Graduierten Programm an der Columbia University und erwarb einen PhD in Englisch.

5.2.2 Flesch-Reading-Ease für deutsche Texte

Amstadt adaptierte im Rahmen seiner Dissertation 1978 den original Flesch Reading Ease für deutsche Texte. Verändert wurde dabei die Gewichtung der Wortsilben, da deutsche Wörter durchschnittlich mehr Silben haben als englische. Auch einfache, selbst für junge Leser leicht verständliche Worte wie z.B. Kindergarten oder Bilderbuch schlagen bereits mit drei bis vier Silben zu Buch.

Berechnungsgrundlage sind genau wie im Original, mindestens 100 Worte. Auch der Range von 0 – 100 bleibt gleich, womit auch hier ein Flesch-Lesbarkeitsscore von 60 - 70 als optimal gilt.

$$\text{FRE}_{\text{deutsch}} = 180 - \text{ASL} - (\text{ASW} \times 58,5)$$

Legende: FRE_{deutsch} = Flesch Reading Ease Skala für deutsche Texte
ASL = durchschnittliche Satzlänge (Anzahl d. Worte/Anzahl d. Sätze)
ASW = durchschnittliche Silben pro Wort

(vgl. London; 2003; S 175f sowie Bamberger; 1984; S 55f und Felsch; 2004; S 4)

5.2.3 Vierte Wiener Sachtextformel

Die Formel wurde von Richard Bamberger und Erich Vanecek für deutsche Texte aufgestellt und im Buch „Lesen-Verstehen-Lernen-Schreiben“ erstmals als „1. Neue Wiener Sachtextformel“ (= 1.nWS) (ebd. S 83) veröffentlicht. Diese wurde danach immer weiter vereinfacht und schließlich entstand die vierte Wiener Sachtextformel (WSTF₄), die das Lesealter in Jahrgangsstufen für einen deutschen Text ausdrückt. Ein Wert von 4 steht für einen sehr leichten Text, dagegen bezeichnet 15 einen sehr schwierigen Text auf akademischem Niveau. Auch hier gilt, dass jeweils ein Textteil von mindestens 100 Worten beurteilt werden muss. Es wird jedoch empfohlen, zwei bis drei solcher Textabschnitte zu berechnen und dann den aus den Ergebnissen gewonnenen Mittelwert zu verwenden

$$\text{WSTF}_4 = 0,2656 \times \text{DSL} + 0,2744 \times \text{MS} - 1,693$$

Legende: MS = %Satz der Wörter die aus drei oder mehr Silben bestehen
DSL = durchschnittliche Satzlänge (Anzahl d. Worte/Anzahl d. Sätze)

(vgl. London; 2003; S 176 und Bamberger; 1984; S 83f)

5.2.4 Fry-Lesbarkeitsformel

Auch die Fry Lesbarkeitsformel wurde ursprünglich für die Anwendung bei englischen Texten entwickelt. Sie wird von Experten für die am besten geeignetste für den Einsatz von Beratungsmaterialien auf dem Gesundheitssektor gesehen. Für den Einsatz im Deutschen sind Adaptionen an der Silbenanzahl²⁵ zu tätigen, danach erhält man aber zufriedenstellende Ergebnisse auch für deutsche Texte. Sie gibt Lesbarkeitsgrade zwischen 1 bis 17 an, die jeweils der Jahrgangsstufe der Schulbildung entsprechen. Es wird davon ausgegangen, dass z.B. bei einem Ergebnis von 5 rund 50% der SchülerInnen der 5. Jahrgangs- bzw. Schulstufe diesen Text gut lesen können. Für Beratungsmaterialien soll ein Wert von zumindest 5-7 angestrebt werden. Werte von ≤ 5 wären optimal für diesen Einsatzbereich geeignet. Die Fry-Formel ist einfacher in der Anwendung, da keine aufwendigen Berechnungen notwendig sind. Auch hier gilt als Ausgangspunkt ein Textteil von mindestens 100 Worten, allerdings sollten, je nach Gesamtextlänge bzw. unterschiedlicher inhaltlicher Teile, zumindest 3, besser 6, Textabschnitte bearbeitet werden. Dabei werden die Silben innerhalb der 100 Worte und die Satzanzahl gezählt, wobei immer Textabschnitte mit genau 100 Worten verwendet werden müssen. Zu beachten gilt allerdings, dass bei Abkürzungen (z.B. AKH) und Jahreszahlen (z.B. 2009) jeweils jedes Zeichen als Silbe zu rechnen ist. Für die Definition der Sätze gilt: ist das 100ste Wort das 2. Wort in einem Satz mit 8 Worten, so wird dieser Satz mit $\frac{2}{8} = \frac{1}{4} = 0,25$ gezählt. Danach werden die erhobenen Werte der drei Textpassagen addiert und die Ergebnisse durch drei dividiert. Die nun erhaltenen Werte werden im Fry-Diagramm eingetragen und zeigen somit den Fry-Wert. (vgl. London; 2003; S 180ff sowie Fischer; 2005; S 12f und S

20)

²⁵ Fry für deutsche Texte = Silbenanzahl wird um 20% gekürzt, da deutsche Worte im Vergleich zu englischen deutlich mehr Silben besitzen (z.B. care = pflegen) oder durch die Zusammensetzung von Worten mehrsilbiger werden (z.B. patient education program = Patientenberatungsprogramm). Im Englischen haben 100 Worte durchschnittlich rund 140 Silben und ca. 5,5 Sätze, was einem Fry-Wert der 8. Jahrgangsstufe entsprechen würde. Bei deutschen Texten finden sich aber in den 100 Worten rund 170 Silben und ca. 8 Sätze. Dies entspräche einem nicht für deutsche Texte adaptierten Fry-Wert von 12!

5.2.5 Lesbarkeitsberechnungen mittels Internetprogrammen

Im Internet sind zahlreiche freie Programme nutzbar, um auch komplexere Formeln, wie z.B. die Flesch-Formel oder die adaptierte Flesch-Formel nach Amstadt zur Textüberprüfung einzusetzen. Es bietet sich an, diese Programme als zusätzliche Überprüfungstools zur „manuellen“ Berechnung der Lesbarkeit einzusetzen. Zwei Internetadressen erscheinen hier besonders praktikabel, zumal sie für den Einsatz von deutschen Texten geeignet sind.

- <http://www.leichtlesbar.ch> verwendet die Flesch Formel im Original, hier werden allerdings die erreichten Punkte im Mittelbereich um 20 nach unten korrigiert um ein adäquates Ergebnis zu erlangen
- <http://www.stilversprechend.de> verwendet die für deutsche Texte adaptierte Version der Flesch Formel

6 Kniegelenksverletzung - Ruptur des vorderen

Kreuzbandes

In den folgenden Unterkapiteln werden Informationen zum Kniegelenk, der Kreuzbandverletzung, möglicher Therapieformen (konservativ oder operativ), sowie über Medikamente gegeben. Alle Inhalte sind mittels Fachliteratur und aktueller Fachartikel bzw. Studien belegt und entsprechen somit der momentan gängigen Praxis.

6.1 Das Kniegelenk = *Articulatio genus*

Das Kniegelenk ist laut Schabus „*das Gelenk der Superlative*“ (Schabus; Bosina; 2007; S 5) Es ist ein Drehwinkelgelenk (Radscharniergelenk) und besteht aus unterschiedlichen Gewebestrukturen, die wie folgt definiert werden können: Knochen (Femur, Tibia, Patella), Knorpel (überziehen die gelenkbildenden Knochenanteile) und Menisken (lateral und medial), Muskeln und Sehnen (z.B. M. Quadrizeps, M. biceps femoris, M. semitendinosus, M. gracilis, M. popliteus), sowie Kapsel-Band-Strukturen (z.B. Kreuzbänder, Seitenbänder). Das komplexe Zusammenspiel all dieser Anteile ermöglicht eine ungestörte Funktion, Beweglichkeit und Stabilität des Kniegelenkes. Bewegungen wie Beugung (Flexion), Streckung (Extension), Innen- und Außendrehung (nur in Beugstellung möglich) können durchgeführt werden (vgl. Schabus; Bosina; 2007; S 5ff und Putz; Pabst; 2004; S 664f, 686ff)

Wie bereits erwähnt, bestehen die knöchernen Anteile des Kniegelenkes aus dem Oberschenkelknochen (Femur), dem Unterschenkelknochen (Tibia) und der Kniescheibe (Patella). Das Kniegelenk (*Articulatio genus*) setzt sich aus drei Gelenken zusammen:

- Gelenksverbindung zwischen Femur und Patella = *Articulatio femoropatellaris*
- Gelenksverbindungen zwischen Femur und Tibia = *Articulatio meniscofemoralis* und *Articulatio meniscotibialis*

Der Femur bildet mit seinen beiden Gelenkrollen (Femurcondylen) zwei „Gleitkufen“, die auf dem Plateau der Tibia bei Bewegung nach vor und zurück rollen und somit den Unterschenkel ebenso bewegen können. Sowohl das Tibiaplateau, wie auch die Femurcondylen sind mit einer knorpeligen Schutzschicht überzogen, damit eine „reibungslöse“ Bewegung des Gelenkes möglich wird. Zwischen den beiden

Femurcondylen befindet sich der Kreuzbandraum (Fossa intercondylaris). Auf dem Tibiaplateau findet sich in der Mitte liegend eine Erhebung (Eminentia intercondylaris) die nicht von einer Knorpelschicht überzogen ist.

Gemeinsam mit dem in der Fossa intercondylaris platzierten vorderen und hinteren Kreuzband, bildet die Eminentia intercondylaris die zentrale Verriegelung des Kniegelenkes.

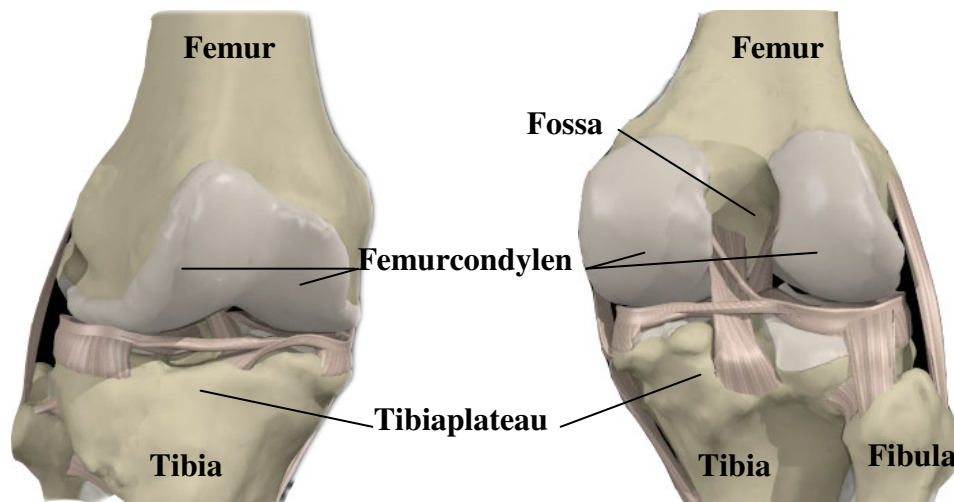


Abbildung 11: Kniegelenk von vorne und von hinten

Die Patella ist in die Sehne des vierköpfigen Kniestreckmuskels (M. quadriceps femoris) eingebettet und ist somit das größte Sesambein²⁶ des menschlichen Körpers. Ihre Rückseite ist ebenfalls mit einer Knorpelschicht überzogen, passt sich von ihrer Form her in die vordere Femurcondylenfläche ein und bildet gemeinsam mit dieser das Femoropatellargelenk.

(vgl. Schabus, Bosina, 2007, S 5ff ; Putz, Pabst; 2004, S 664f, 686ff und Petersen, Zantop, 2009, S 3ff)

Wie bereits erwähnt, sind alle Knochenenden, die in Verbindung zu Gelenken stehen, mit einer Knorpelschicht überzogen. Diese gewährleistet ein einwandfreies Gleiten der Gelenkflächen gegeneinander. Verbessert wird diese Gleitfähigkeit durch das Vorhandensein der Gelenksschmiere (Synovialflüssigkeit), die von der Gelenkshaut (Synovia) produziert wird. Bei normalen Belastungen kann sich der Knorpel bis zu einem gewissen Ausmaß an die einwirkenden Kräfte anpassen und bleibt schadlos. (vgl. Schabus, Bosina, 2007, S 6)

²⁶ Ein Sesambein ist ein kleiner Knochen, der - meist im Bereich eines Gelenks - in eine Sehne eingelagert ist.

Im Kniegelenk befinden sich zwei Menisken, die sich sichelförmig auf den Gelenkflächen einfügen. Sie bestehen aus einem Vorderhorn, dem zentralen Teil und dem Hinterhorn. Im Querschnitt betrachtet, zeigen sich die Faserknorpelkörper keilförmig, wobei der dickere Rand jeweils medial bzw. lateral im Gelenkspalt zu liegen kommt und zur Gelenksmitte hin flach ausläuft, somit stufenlos frei im Gelenk liegt und nicht mehr durchblutet ist.

Die Versorgung der Menisken findet über Blutgefäße statt, die an der dicken Keilfläche in die Knorpelscheiben einwachsen. Am Tibiakopf, im Bereich der Intercondylärregion und an der Gelenkscapsel sind beide Menisken im Gelenk angewachsen.

Der mediale Meniskus ist zusätzlich noch mit den hinteren Fasern des Ligamentum collaterale tibiale (klinisch auch als Ligamentum collaterale mediale bezeichnet) verwachsen und befindet sich zwischen medialer Femurcondyle und medialer Gelenkfläche der Tibia.

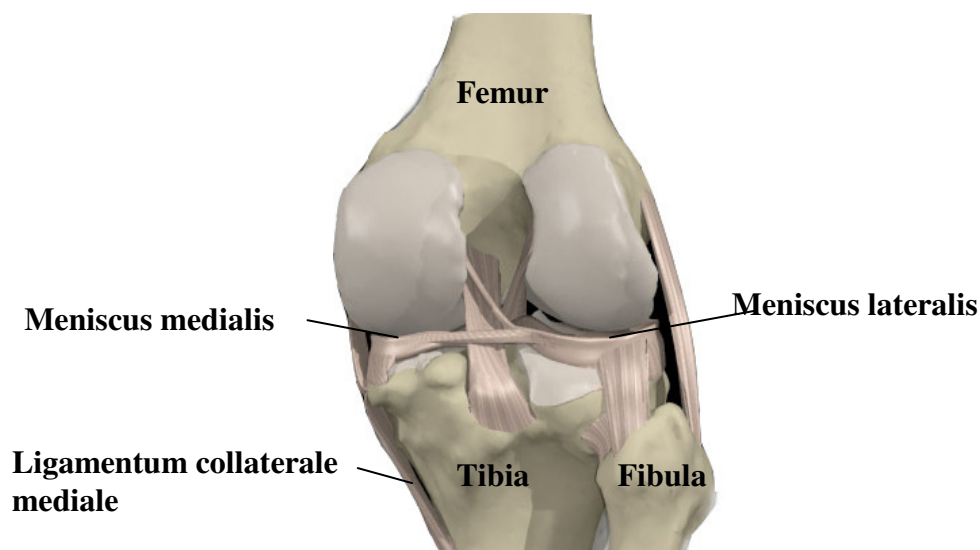


Abbildung 12: Kniegelenk von hinten

Der Außenmeniskus (Meniscus lateralis) liegt folglich zwischen lateraler Femurcondyle und lateraler Gelenkfläche der Tibia. Hauptsächlich dienen die Menisken als Stoßdämpfer, Stabilisatoren und zur Zentrierung. Auch die Limitierung und Verminderung des Gleitwiderstandes der Roll-Gleitbewegungen im Kniegelenk, sind zentrale Aufgaben der Menisken. Durch nervale Innervation der Menisken (Nerven wachsen ebenfalls von der dicken Keilfläche aus in die Knorpelscheiben ein)

wird die Propriozeption des Gelenkes gewährleistet. Dabei wird bei Veränderungen der Gelenksstellung, durch die nervale Weiterleitung der Reize, die Muskulatur insofern innerviert, dass durch Korrektur der Muskelanspannung eine Stabilisierung erreicht werden kann.

(vgl. Schabus, Bosina, 2007, S 6f und Petersen, Zantop, 2009, S 4)

Für die Bewegung des Kniegelenkes sind weiters zahlreiche Muskeln von Nöten. Die Wichtigsten sollen hier Erwähnung finden, da die Lage und Funktion dieser Muskulatur für die Nachbehandlung und Rehabilitation von Bedeutung ist. Ebenso dienen manche dieser Muskeln mit ihren Sehnen als Transplantatsource für den Ersatz des vorderen Kreuzbandes. Es wird hier jedoch nur ein grober Überblick gegeben.

Der wichtigste Streckmuskel des Kniegelenkes ist der M. quadriceps femoris, der auf der ventralen Seite des Oberschenkels liegt. Er wird auch als vierköpfiger Oberschenkelmuskel bezeichnet und setzt sich aus folgenden Muskelsträngen zusammen: M. rectus femoris und den Mm. vasti medialis, lateralis und intermedius. Innerviert wird er über den N. femoralis. In die Quadrizepssehne ist die Patella eingelagert, die dort als Hypomochlion²⁷ wirkt. Seine Hauptaufgabe ist die muskuläre Stabilisierung des Kniegelenkes, vor allem beim Gehen. Für die Beugung und die Rotation (nach innen oder außen) sind die wichtigsten Muskeln der M. sartorius (Flexion und Innenrotation, liegt ventral am Oberschenkel, wird innerviert vom N. Femoralis), der M. gracilis (Flexion und Innenrotation, liegt medial am Oberschenkel, innerviert vom N. obturatorius), der M. semitendinosus (Flexion und Innenrotation, liegt dorsal am Oberschenkel, innerviert vom tibialen Anteil des N. ischiadicus), der M. biceps femoris (Flexion und Außenrotation, liegt dorsal am Oberschenkel, innerviert vom N. ischiadicus) und der M. semimembranosus (Flexion und Innenrotation, liegt dorsal am Oberschenkel, innerviert vom tibialen Anteil des N. ischiadicus). Die Beugemuskeln des Kniegelenkes wirken als Antagonisten der Streckmuskulatur. Nur wenn ein Gleichgewicht dieser beiden Muskelgruppen herrscht, sprich alle sind quasi gleich gut trainiert, kann eine einwandfreie Funktion des Kniegelenkes gewährleistet werden. (vgl. Schabus, Bosina, 2007, S 11f und Putz, Pabst; 2004, S 710-724)

²⁷ Ein Hypomochlion ist ein Dreh- bzw. Unterstützungspunkt eines Hebels

Der Bandapparat des Kniegelenkes ist extrem komplex aufgebaut und dient zur Stabilisierung, der Limitierung von Extreimbewegungen, zur Aufrechterhaltung der Widerstandskräfte, zur Relativierung der Gelenkkörper zueinander und gewährleistet das Zusammenspiel zwischen Synergist und Antagonist. Er ist weiters, ebenso wie die Menisken Träger von Neurorezeptoren (Propriozeptoren), die für die Übermittlung des Spannungsgefühles und der Raum-Gelenk-Empfindung verantwortlich sind. Die Bandstrukturen lassen sich in unterschiedliche Elemente unterteilen, die zwar „eigene“ Funktionen besitzen, aber nur gemeinsam die Funktionalität des Kniegelenkes gewährleisten.

Die Gelenkscapsel wird unter anderem vom Retinaculum patellae mediale und Retinaculum patellae laterale gebildet, die sich zwischen den Femurcondylen und der Tibia spannen und dem fibrösen Anteil dieser entsprechen. Sie stellen eine sehr belastbare, faserverwobene Bindegewebsschicht dar. Die Innenseite der Gelenkscapsel wird von einer Membran, der Membrana synovialis, gebildet. Diese Gelenksinnenhaut umschließt auch den Hoffaschen Fettkörper (dient zur „Polsterung“ des Gelenkes) und die Kreuzbänder. Aufgabe der Synovialmembran ist die Sekretion von Gelenksflüssigkeit, auch als Gelenksschmiere bezeichnet. Je nach Beanspruchung des Gelenkes wird mehr oder weniger Flüssigkeit sekretiert, bei Überproduktion kommt es zu einem sogenannten Gelenkserguss (vermehrte Flüssigkeitsansammlung im Gelenk). Weitere Anteile des Bandapparates sind die medialen und lateralen Seitenbandkomplexe. Diese bestehen medial aus dem oberflächlichen medialen Seitenband, dem tiefen medialen Seitenband, dem hinteren Schrägband und der posteromedialen Kapsel, wobei den Hauptanteil des medialen Komplexes das Ligamentum collaterale mediale = LCM, das vom medialen Femurcondylus entspringt und an der Innenseite der Tibia ansetzt, bildet. Der laterale Bandkomplex wird gebildet vom Tractus iliotibialis, vom lateralen Seitenband, von der Sehne des Musculus popliteus und vom popliteofibularen Band. Das Ligamentum collaterale laterale = LCL zieht vom Epicondylus femoralis zum Wadenbeinköpfchen (Fibulaköpfchen) und stabilisiert das Kniegelenk vornehmlich gegen Varusstress.

(vgl. Schabus, Bosina, 2007, S 7ff und Petersen, Zantop, 2009, S 4f und Putz, Pabst; 2004, S 686f)

6.1.1 Kreuzbänder

Hauptaugenmerk soll auf die Beschreibung der Kreuzbänder, hier vor allem auf das vordere Kreuzband gelegt werden. Dies liegt darin begründet, dass die Verletzung und die Versorgung des vorderen Kreuzbandes Schwerpunktthema des Patientenpasses ist, weshalb ihm ein eigenes Unterkapitel gewidmet wird.

Die Kreuzbänder bilden die Zentralpfeiler des Kniegelenks und sind somit die Hauptstabilisatoren desselben. Es wird zwischen dem vorderen (Ligamentum cruciatum anterius = LCA = VKB, verläuft von der äußeren hinteren Fossa intercondylaris Wand des Femurs zum vorderen, inneren Anteil des Intercondylarbereiches der Tibia) und dem hinteren (Ligamentum cruciatum posterius = LCP = HKB, verläuft von der inneren vorderen Fossa intercondylaris Wand zum hinteren, äußeren Anteil des tibialen Intercondylarbereiches) Kreuzband unterschieden, die beide in der Fossa intercondylaris liegen. Diese beiden Bänder kreuzen einander, dies ist begründet durch ihren Verlauf, und stabilisieren das Kniegelenk nach vorne, hinten und in der Rotation.

6.1.2 vorderes Kreuzband = Ligamentum cruciatum anterius = LCA = VKB

Wie bereits erwähnt, entspringt das LCA an der Innenseite der lateralen hinteren Fossa intercondylaris Wand des Femurs und zieht zur inneren Anteil des Intercondylarbereiches der Tibia, um im Bereich der Eminentia intercondylaris zu inserieren. Es besteht aus zwei Faserbündeln, dem anteromedialen (AM, ca. 38mm lang) und dem posterolateralen (PM, ca. 20mm lang) Bündel. Dies ist besonders unter funktionellen Gesichtspunkten betrachtet wichtig, da sich bei verschiedenen Gelenkeinstellungen die Bündel unterschiedlich verhalten. In der Beugung steht z.B. das AM Bündel unter Spannung, wobei sich das PM-Bündel bei Streckung anspannt. Die Tatsache, dass das LCA aus zwei Bündeln besteht ist insofern von Interesse, da von einigen Autoren (z.B. Lützner & Bottesi, 2009; Krüger-Franke et Al, 2009; Tsuda et Al, 2009) der Ersatz beider Bündel thematisiert wird. Hierzu wird noch näher bei den propagierten Operationstechniken eingegangen. Histologisch betrachtet, besteht ein Großteil des Bandes aus kollagenfasrigem, straffen Bindegewebe und ist von lockerem synovialen Bindegewebe umhüllt. Im distalen Abschnitt jedoch fehlt dieses und das Band besteht vor allem aus Faserknorpel, was in der intermittierend auftretenden Druck- und Schubbelastung in dieser Region begründet liegt.

Die Blutversorgung des LCA wird im proximalen Anteil durch die Endäste der Arteria media genus und im distalen Anteile durch die Endäste der Arteriae inferiores medialis und lateralis genus, wobei alle Gefäße ein periligamentäres Netzwerk bilden, von dem aus die Gefäße horizontal in das LCA eindringen.

Die nervale Innervation des LCA ist erst seit einigen Jahrzehnten nachgewiesen. Freie Nervenendigungen oder spezialisierte Sensoren (Vater-Pacini-Körperchen, Ruffini-Körperchen) der Axone des Nervus tibialis versorgen das LCA und machen ca. 1% der gesamten Kreuzbandstruktur aus. Auch die propriozeptiven Rezeptororgane sind wesentlich für die Funktion des LCA, dies besonders im Bezug auf die Kinematik des Kniegelenkes. Dies funktioniert ähnlich wie bei den bereits erwähnten Propriozeptoren in den Menisken. Je nach Reiz regeln sie Aktivität und Tonus der kniegelenksstabilisierenden Muskulatur. Es wird somit klar, dass nach Ersatz des LCA zumindest teilweise mit dem Ausfall der Propriozeption gerechnet werden muss und ein spezielles propriozeptives Training in der Rehaphase notwendig wird.

(vgl. Schabus, Bosina, 2007, S 9f; Petersen, Zantop, 2009, S 5ff; Putz, Pabst; 2004, S 750f und Burger, 2008, S 3ff)

Im Patientenpass wird diese Information extreme vereinfacht und komprimiert wiedergegeben. Das Verständnis der Komplexität des Zusammenspiels der einzelnen „Bestandteile“ und der Funktion dieses Gelenkes ist aber essentiell, um den Patientinnen und Patienten zu vermitteln, wie wichtig eine adäquate Therapie und in Folge die Rehabilitation ist. Es ist zwar einerseits wichtig einen gewissen Überblick über die Zusammensetzung des Kniegelenkes zu geben, aber andererseits sollen diese nicht mit medizinischer Fachinformation überfrachtet werden. Der knappe Überblick im Patientenpass ist quasi die Grundlage des notwendigen Wissens, das von den behandelnden MedizinerInnen und PhysiotherapeutInnen vermittelt werden sollte, wobei dabei aber bedacht werden muss, dass die PatientInnen in der Regel keine medizinisch vorgebildeten Personen sind, sondern Laien. Aus diesem Grund wurde darauf geachtet, nur die wesentlichsten Informationen in einfacher und verständlicher Weise festzuhalten. Falls die Patientinnen bzw. Patienten mehr und detailliertere Informationen einfordern, sollte diesem Bedürfnis vom Behandlungsteam nachgekommen werden. (siehe Patientenpass, Kapitel 2 Medizinische Informationen, Punkt 2.1 Informationen zum Kniegelenk)

6.1.3 Inzidenz und Diagnostik der Kreuzbandruptur

Zahlreiche Autoren (Krüger-Franke et al, 2009; Lützner und Bottesi, 2009; Sajovic et al, 2008; Petersen und Zantop, 2009; Lobenhoffer und Agneskirchner, 2005) bestätigen, dass die Ruptur des LCA eine sehr häufige, die neueren Untersuchungen ab 2008 kommen sogar zum Schluss, dass sie die häufigste schwere Kniebandverletzung darstellt. Frauen sind laut Petersen und Zantop häufiger davon betroffen und sie begründen diese Aussage mit den Ergebnissen aus zahlreichen epidemiologisch durchgeführten Studien. Die genaue Ursache dafür konnte bisher jedoch noch nicht definiert werden. Es scheint jedoch, dass bestimmte weibliche Bewegungsmuster, möglicher Weise die hormonelle Situation in bestimmten Zyklusphasen und auch die engere Fossa intercondylaris (♀ rund 20mm, ♂ rund 22mm), die die Inzidenz zur Kreuzbandverletzung erhöht, hierfür die Ursache sind. (vgl. Petersen, Zantop, 2009, S 296; und Petersen, Zantop, 2009, S 5)

Häufigste Ursachen für eine Ruptur des LCA sind Sportverletzungen, wobei besonders Außenrotations-, Flexions- und Valgusträumen, wie sie bei dynamischen Sportarten (z.B. Ballsportarten wie Fußball, Handball oder Volleyball und Skifahren) mit schnellen Richtungswechseln, sowie schnellem Abbremsen und Beschleunigungsaktionen mit Drehbewegungen auftreten, definiert werden können. (vgl. Krüger-Franke et al, 2009, S 206; Schmidt-Wiethoff, Dargel, 2007, S 384 und Liebchen et al, 2006, S 420)

Die Klinik der Ruptur des LCA hängt davon ab, ob zusätzlich Begleitverletzungen z.B. der Menisken oder des Bandapparates vorliegen. Häufig (bei rund 70% der PatientInnen) liegt ein Haemarthros²⁸ vor, welches durch die dadurch entstandene, eventuell massive Schwellung, die Diagnostik beeinträchtigen kann. Heutzutage wird die Punktion eines Haemarthros nur mehr zur Schmerzreduktion und nicht mehr zur Diagnostik durchgeführt. Essentiell ist die klinisch manuelle Untersuchung. Dabei wird auf äußere Verletzungszeichen wie Prellmarken, Hämatome und Ergussbildung mit Schwellung des Kniegelenkes geachtet, sowie die Stabilität des Bandapparates getestet. Die wichtigsten Tests zur Überprüfung dieser, im Bezug auf das vordere Kreuzband, sind der vordere Schubladentest, der Lachmann Test und der Pivot-shift-Test. Diese werden von Petersen und Zantop (2009, S 299) auch als „...klassische Tests in der Kreuzbanddiagnostik...“ bezeichnet.

²⁸ Haemarthros = Blutansammlung in einem Gelenk

Der Schubladentest wird in 90° Beugung des Kniegelenks, der Unterschenkel ist dabei in Neutralstellung und der Fuß des Patienten wird auf der Unterlage durch den Untersucher fixiert, durchgeführt, was manchmal, besonders in der Akutphase, zu Schwierigkeiten in der Interpretation führt. Er ist positiv, wenn die Schubladenbewegung > 5mm beträgt.

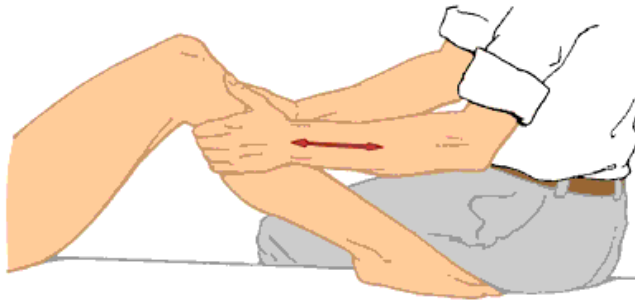


Abbildung 13: Schubladentest

Besser geeignet ist der Lachmann-Test (= Schubladentest in 20-30° Beugung des Kniegelenkes). Er gilt als wichtigster und sicherster Test für den Nachweis einer Insuffizienz des vorderen Kreuzbandes. Von einem positiven Lachmann-Test wird gesprochen, wenn der Anschlag weich oder fehlend ist, negativ ist er, wenn der Anschlag hart, eindeutig und die Schubladenbewegung < als 5mm ist.

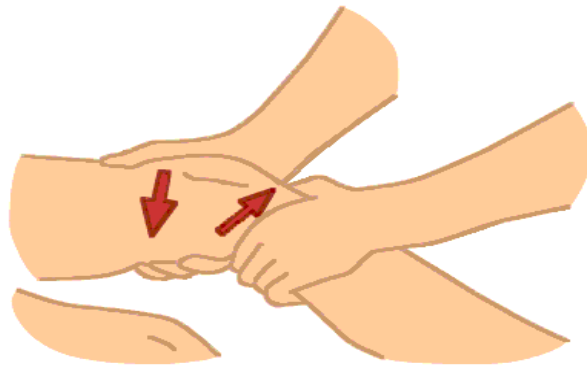


Abbildung 14: Lachmann-Test

Wichtig ist bei beiden Tests, dass sie von erfahrenen UntersucherInnen durchgeführt und interpretiert werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass die gewonnenen Ergebnisse auch richtig gedeutet werden. Ebenso muss bei Abweichungen von der Norm immer auch das andere Knie zum Vergleich untersucht werden.

Der Pivot-shift-Test ist ein dynamischer vorderer Subluxationstest. Dabei kann eine Ruptur oder Dehnung des LCA festgestellt werden. Die Patientinnen oder Patienten liegen dabei in Rückenlage und die UntersucherInnen bringt das Knie in Extensionsstellung, setzt dabei einen Valgusstress proximal am Unterschenkel und führt dann vorsichtige Flexions- und Extensionsbewegungen durch. Bei einem positiven Pivot-shift-Test kommt es dabei zu einem Subluxationsphänomen, das für die PatientInnen und Patienten meist sehr unangenehm ist und durch ein Schnappen im Gelenk imponiert. Auch hier ist die Erfahrung der UntersucherInnen von Bedeutung, ebenso wie die Tatsache, dass dieser Test äußerst vorsichtig durchgeführt und auf gute muskuläre Entspannung der Untersuchten geachtet werden muss. In der Akutphase ist es aufgrund der Schmerzen häufig nicht möglich, den Pivot-shift-Test durchzuführen.

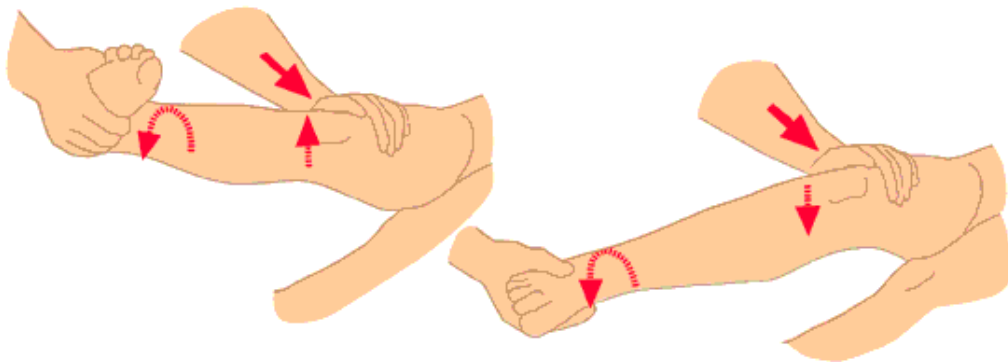


Abbildung 15: Pivot-Shift-Test

Bei der klinischen Untersuchung einer frischen, isolierten Ruptur des LCA zeigt sich häufig nur der Lachman-Test positiv, wohingegen bei älteren Rupturen oft der Pivot-shift-Test und der Schubladentest positiv erscheinen.

(Vgl. Krüger-Franke et al, 2009, S 206; Schmidt-Wiethoff, Dargel, 2007, S 384; Liebchen et al, 2006, S 420f; Petersen, Zantop, 2009, S 299f; Schabus, Bosina, 2007, S 13ff u. S 27ff; Lobenhofer, Agneskirchner, 2005, S 11ff; Petersen, Zantop, 2009, S 52-56; Altmann, 2008, S 150)

Zusätzlich zur klinischen Untersuchung kommen zahlreiche weitere Diagnosemethoden zum Einsatz. Ein Standardröntgen, wobei die Aufnahmen in 3 Ebenen (Knie a.p.²⁹, seitlich und Patella axial) durchgeführt werden, kann Sicherheit darüber geben, ob knöcherne Begleitverletzungen, wie z. B. Frakturen oder knöcherne Bandausrisse vorliegen. Eine weitere, heutzutage Standarduntersuchung, ist die Magnetresonanztomographie (MRT). Sie ist besonders geeignet, um Kniebinnenschäden wie z.B. Meniskusläsionen, Knorpelverletzungen, Bone bruises, sowie die genaue Lokalisation von Kapsel-Band-Verletzungen aufzudecken. Vor einer angedachten Operation sollte auf alle Fälle eine MRT durchgeführt worden sein.

(vgl. Krüger-Franke et al, 2009, S 206; Schmidt-Wiethoff, Dargel, 2007, S 384 Petersen, Zantop, 2009, S 299f; Schabus, Bosina, 2007, S 15 u. S 29f; Lobenhofer, Agneskirchner, 2005, S 13; Petersen, Zantop, 2009, S 58-63; Altmann, 2008, S 150)

In manchen Fällen kann auch eine Arthroskopie notwendig werden, vor allem wenn es zu deutlichen Streckdefiziten im Kniegelenk, zu Einklemmungen der Bandstümpfe oder zu Begleitverletzungen des Meniskus (z.B. Korbhenkelriss) gekommen ist. Eine Arthroskopie rein zu diagnostischen Zwecken ist heutzutage obsolet.

(vgl. Liebchen et al, 2006, S 421; Schmidt-Wiethoff, Dargel, 2007, S 384; Petersen, Zantop, 2009, S 63f; Altmann, 2008, S 150; Schabus, Bosina, 2007, S 30)

²⁹ a.p.: die Aufnahmerichtung ist von anterior nach posterior

6.2 Therapie der vorderen Kreuzbandruptur

Bei einem Riss des LCA sind prinzipiell zwei Behandlungsformen möglich. Die eine wäre die konservative Therapie, das bedeutet, dass das gerissene Kreuzband nicht mittels Operation rekonstruiert und ersetzt wird. Die zweite Option wäre die operative Therapie und der Ersatz des gerissenen LCA. Auf welche Methode die Entscheidung fällt, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Jedenfalls muss diese Entscheidung immer gemeinsam von Patientinnen bzw. Patienten und MedizinerInnen getroffen werden.

6.2.1 Konservative Therapie

Prinzipiell sollte auch immer eine konservative Therapie überlegt werden. Gremion et al schreiben in ihrem Artikel 2002, wenn die Patientinnen und Patienten > 35 Jahre alt, nicht sehr sportlich bzw. bereit dazu sind ihre Tätigkeiten zu verändern bzw. an die neue Situation anzupassen, keine Hochrisikoberuf ausüben, keine Begleitverletzungen z.B. an den Menisken vorhanden sind, oder kein besonderer berufsständischer Kontext besteht, auf alle Fälle eine konservative Behandlung in Betracht gezogen werden sollte. Er fordert aber ein, dass eine vordere Erschlaffung unbedingt vermieden werden muss, was zur Folge hat, dass die PatientInnen ihre ischiocrurale Muskulatur ausreichend aufbauen und ein propriozeptives Training absolvieren müssen. Auch Petersen und Zantop (2009, s 68) sind der Meinung, dass nicht alle operativ versorgt werden müssen. Sie begründen dies damit, dass sie bisher keine Studie identifizieren konnten, die bewiesen hätte, dass bei allen Patientinnen und Patienten mit vorderer Instabilität Schäden auftreten müssen. Sie meinen allerdings, dass eventuell vorliegende Risikofaktoren zu identifizieren sind, die die Gefahr von Sekundärschäden, verursacht durch symptomatische Instabilität erhöhen. Schabus und Bosina beschreiben (2007 s 30) ebenfalls, dass nicht jede Kreuzbandruptur operativ versorgt werden muss. Ihrer Meinung nach ist bei ca. einem Drittel der Patientinnen und Patienten mit isolierter Ruptur des LCA mit konservativer Knierehabilitation eine ausreichende PatientInnenzufriedenheit zu erreichen. Allerdings schränken sie dies insofern ein, dass mit einer verminderten Sportfähigkeit zu rechnen ist. Für sie ist ebenfalls das Vorliegen von Begleitverletzungen allerdings eine zwingende Operationsindikation.

Für Liebchen et al (2006, s 423) muss die Nachbehandlung einer Kreuzbandruptur zwischen der Ärzteschaft und den Physiotherapeutinnen und -therapeuten

abgesprochen werden. Sie definieren ältere, >50 Jahre, Patientinnen und Patienten, die sportlich inaktiv sind, als potentielle Kandidatinnen und Kandidaten für eine konservative Therapie. Weiters muss eine gute muskuläre Kompensation der Instabilität gewährleistet sein, was allerdings etwas im Widerspruch dazu steht, dass für sie nur sportlich inaktive Patientinnen und Patienten für eine konservative Therapie in Frage kommen und es somit fraglich scheint, ob diese die Instabilität gut muskulär kompensieren können.

Außer Frage steht bei allen Autorinnen und Autoren, dass die Patientinnen und Patienten dazu bereit sein müssen, lebenslang konsequent und selbstständig Muskeltraining durchzuführen und ihre sportlichen Aktivitäten der neuen Situation anzupassen.

6.2.2 Operative Therapie

Für zahlreiche Spezialistinnen und Spezialisten, besonders im englischsprachigen Raum, ist die operative Therapie heutzutage Standard und Therapie der Wahl. Benazzo et al schreiben in ihrem Artikel (2008, S. 596) z.B. „*Arthroscopic reconstruction is the treatment of choice following anterior cruciate ligament (ACL) rupture;...*“. Für sie ist die konservative Therapie somit keine Option. Auch Verfechter der konservativen Therapie räumen ein, dass trotz gut geführter konservativer Therapie bestimmte Umstände (z.B. Verlust an Stabilität, Schmerzen, Gelenkserguss, „Giving way“³⁰ – Episoden) für den Wechsel zur operativen Therapie sprechen. (vgl. Gremion, Siegrist und Leyvraz, 2002, S 101)

Teilweise finden sich in der Literatur erhebliche Unterschiede in der Angabe des „besten Operationszeitpunktes“. Einigkeit gibt es allerdings bei allen Autorinnen und Autoren darüber, dass bei Spitzensportlern bzw. dem Vorliegen von Mehrfachverletzungen des Kniegelenks (z.B. „Unhappy triad“³¹) die operative Versorgung innerhalb der ersten 24 Stunden bis 5 Tagen nach Verletzung erfolgen sollte. (vgl. Altmann, 2006, S 150; Krüger-Franke et al, 2009, S 207; Schmidt-Wiethoff, Dargel, 2007, S 387f; Schabus, Bosina, 2007, S 30)

Bei isolierten Rupturen des LCA sind aber Schwankungen zwischen vier Wochen und mehreren Monaten in der Literatur, im Bezug auf die Festlegung des günstigsten Operationszeitpunktes, zu finden. Liebchen et al empfehlen 2006 einen Operationszeitpunkt frühestens drei Monate nach Verletzung, wohingegen z.B. Schabus und Bosina, 2007 und Schmidt-Wiethoff und Dargel, ebenfalls 2007, einen günstigen Zeitpunkt mit vier bis acht bzw. sechs Wochen angeben. Lützner und Bottesi beschreiben in ihrer Untersuchung, dass bei Versorgung in einer Zeitspanne bis zu drei Monaten deutlich weniger Folgeschäden an den Menisken auftreten, als wenn die Operation erst ein Jahr nach der Verletzung durchgeführt wurde. Folglich meinen sie, dass besonders bei sportlich aktiven PatientInnen, „...operative Versorgung zeitnah erfolgen sollte“, ohne „zeitnah“ näher zu definieren. (Lützner, Bottesi, 2009, S 136)

³⁰ „Giving way“ bedeutet, dass aufgrund von einer Instabilität im Kniegelenk, die Patientinnen bzw. Patienten das Gefühl haben, dass ihnen das Bein wegrutscht.

³¹ „Unhappy triad“: Verletzung von Kreuzbändern, Seitenbändern und Menisken im Kniegelenk (vgl. Liebchen et al, 2006, S 423)

Krüger-Franke et al legen als Grundlage für den optimalen Zeitpunkt 2009 noch folgende Kriterien fest: nicht inflammatorisches Kniegelenk, d.h. eine Beweglichkeit von mindestens 90°-0°-0°, keine wesentliche Ergussbildung, keine Schmerzhaftigkeit.

Alle zitierten Autorinnen und Autoren begründen den Abstand zwischen Verletzung und Operation damit, dass aufgrund des verletzungsbedingten Reizzustandes des Kniegelenkes das Risiko für die Entwicklung einer Arthrofibrose aufgrund der erhöhten synovialen Vernarbungstendenz in der „inflammatorischen Phase“ des Gelenkes nach einer Verletzung sehr hoch ist, jedoch innerhalb der ersten fünf Tage nach der Verletzung noch nicht relevant scheint. Weiters wird ebenfalls die funktionell konservative Therapie des verletzten Gelenkes bis zur Operation empfohlen.

Die Kreuzbandplastik ist heute die Therapie der Wahl, um ein rupturiertes LCA zu ersetzen. In Mitteleuropa werden fast ausschließlich Autografts³² verwendet, wohingegen in den USA häufig auch Allografts³³ zum Einsatz kommen. Dies begründen Schmidt-Wiethoff und Dargel 2007 damit, dass die Zulassung der allogenen Transplantate in Deutschland nur bedingt gegeben ist und die möglichen Immunreaktionen, sowie die nachgewiesener Maßen höhere Versagensrate dagegen spricht. Ein Vorteil von Allografts wäre allerdings, dass es bei ihrem Einsatz zu einem Wegfall der Entnahmestellenmorbidity kommt. Mayer, Willkomm und Petersen (In: Petersen, Zantop, 2009, S 89ff) bestätigen diese Aussagen. Auch sie schränken den Einsatz von Allografts insofern ein, dass nur unter bestimmten Voraussetzungen (z.B. in der Revisionschirurgie, sehr komplexe Kniebandverletzungen, fehlen von anderen Möglichkeiten der operativen Bandstabilisierung) diese auch in Deutschland und in der EU zum Einsatz kommen können.

³² Autograft = Transplantat kommt aus dem eignen Körper

³³ Allograft = Transplantat eines verstorbenen Spenders

6.2.2.1 Kniescheibensehne = Patellasehne

Das Transplantat aus der Patellasehne wurde lange als der Goldstandard in der Kreuzbandchirurgie bezeichnet. Es wird dabei ein Stück dieser kräftigen, flachen Sehne, das ca. 9-10 mm breit und je nach natürlicher Sehnenlänge ca. 4-6 cm lang ist, entnommen und an den beiden Enden jeweils einen Knochenblock aus der Patella und der Tibia anhaften hat. Diese Form des Transplantates wird auch als „Bone-Tendon-Bone-Transplantat“ (BTB) bezeichnet.

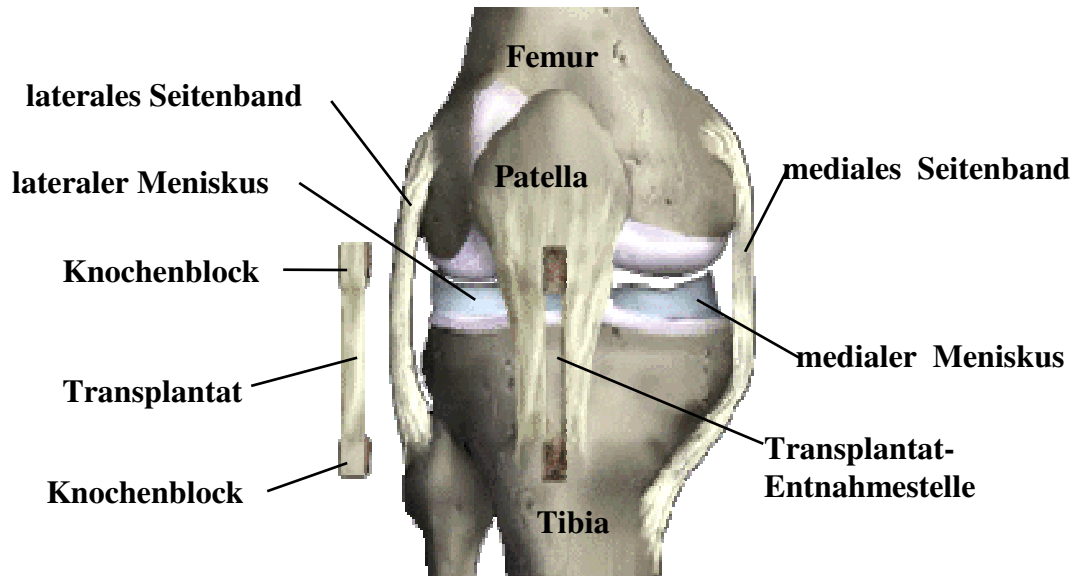


Abbildung 16: Entnahmestelle für Patellarsehnentransplantat
Quelle: www.helml.at/images/aclopl.gif

Diese Knochenblöcke kommen in Bohrlochkanälen im Femur und der Tibia zu liegen. Fixiert können diese Knochenblöcke mittels verschiedener Methoden (z.B. „Press fit – Technik“³⁴, Interferenzschrauben) werden. Diese Knochenblöcke wachsen innerhalb von ca. 4-6 Wochen ein. Die schnellere und festere Knocheneinheilung und damit verbunden die hohe Primärstabilität ist der größte Vorteil des Patellasehnentransplantates. Als Nachteile gegenüber der Semitendinosus- und/oder der Gracilissehne sind die erhöhte Entnahmestellenmorbidity, die vermehrt auftretenden femoropatellare Schmerzsymptomatik, hauptsächlich verursacht durch eine Muskelschwäche und Bewegungseinschränkungen, das höhere Risiko für ein infrapatellares Kontrakturensyndrom, das möglicher Weise mit der erhöhten Schmerzsymptomatik und damit verbundenen „Schonhaltung“ begründet werden kann

³⁴ Bei der „Press-fit-Technik“ wird der Knochenblock direkt im Knochen verankert, ähnlich einem Korken in einer Flasche. Es kann somit auf körperfremdes Material zur Fixation verzichtet werden. (vgl. Petersen, Zantop, 2009, S 86)

und Spätreaktionen wie Patellafrakturen und Patellasehnenrisse als Folge der Gewebebelastungen an den Entnahmestellen, zu erwähnen. Häufig klagen die Patientinnen und Patienten auch dauerhaft über lokalen Druckschmerz, Probleme beim Knien und Sensibilitätseinschränkungen wie z.B. Taubheit, welche durch eine Läsion des Ramus infrapatellaris³⁵ verursacht wird.

(vgl. Sajovic et al, 2007, S 474; Schmidt-Wiethoff und Dargel, 2007, S 387; Strobel, 2007, S 121f; Lützner und Bottesi, 2009, S 136; Krüger-Franke et al, 2009, S 207; Mayer, Willkomm und Petersen In: Petersen, Zantop, 2009, S 86f; Schiller und Hoffmann, 2005, S 21ff)

6.2.2.2 Oberschenkelsehnen = Semitendinosus- und Gracilissehne

Diese beiden Sehnen aus der Innenseite des Oberschenkels aus der sogenannten „Hamstring“- Muskelgruppe werden von Schabus (2007) als „Golden-Standard“ für Kreuzbandtransplantate bezeichnet. Auch Krüger-Franke et al (2007) und Altmann (2006) bezeichnen sie als die derzeit am Häufigsten verwendeten Transplantate und somit den „Goldstandard“, was sie mit der geringen Entnahmemorbidität bei gleichem Ergebnis wie bei der Patellasehne begründen.

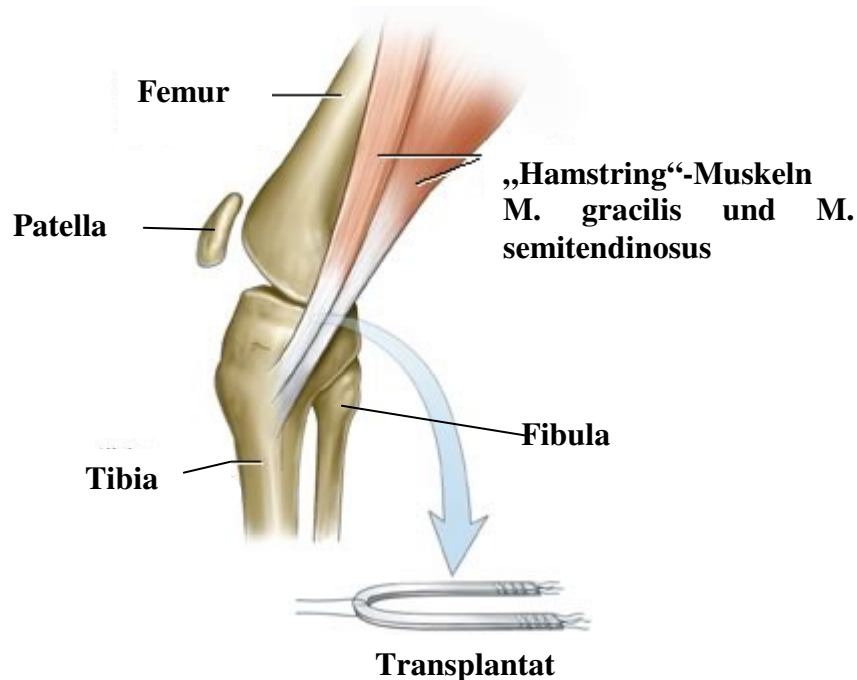


Abbildung 17: Sehnenentnahmestelle (M. Semitendinosus, M. Gracilis)

³⁵ Ramus (R.) infrapatellaris ist ein Ast des Nervus (N.) saphenus, der diese Knieregion versorgt

Bei dieser Technik wird in der Regel frontomedial am Tibiakopf ein ca. 3-5 cm großer Einschnitt angelegt. Je nach OperateurIn wird die Schnittführung parallel zur Tibia verlaufend oder leicht schräg gewählt.

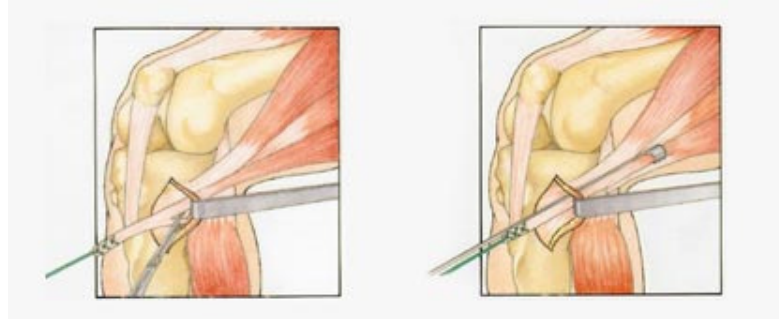


Abbildung 18: Entnahme Semitendinosus-/Gracilissehne

Nach Freilegung werden mittels spezieller Sehnenstripper die Semitendinosus und Gracilissehne präpariert und entnommen. Anschließend wird das Transplantat auf einem Sehnenboard weiter vorbereitet. Je nach gewählter Fixationstechnik wird das Transplantat mehrfach gefaltet, gebündelt, mittels resorbierbarer Fäden fixiert und für die Implantation vorbereitet.

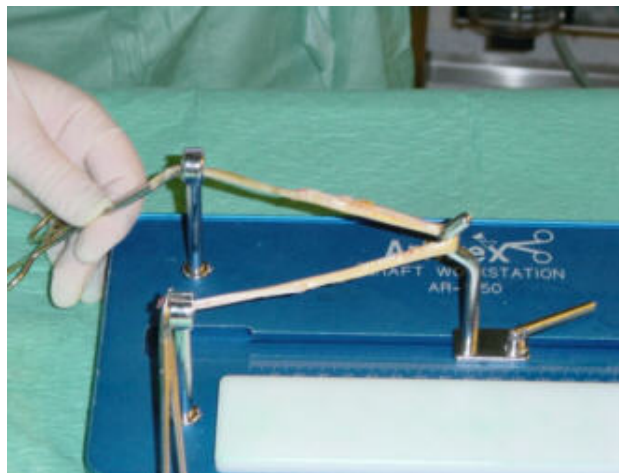


Abbildung 19: Arthrex-Workstation zur Vorbereitung des Transplantates

Nachdem die Bohrkanäle im Femur und der Tibia zur Fixierung des Transplantates angelegt wurden, wird dieses „eingefädelt“ und mittels Interferenz- oder Titanschrauben und/oder sogenannten Pins = Stiften (z.B. Transfix[®], Rigidfix[®]) aus Zucker-Stärkemassee (= resorbierbar) fixiert.

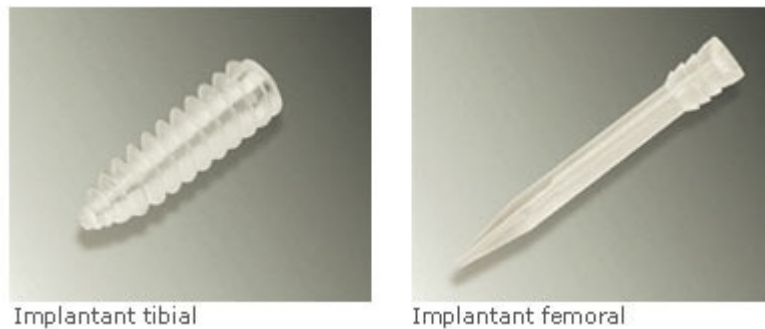


Abbildung 20: Fixationsimplantate

Mit diesen neuen Fixationstechniken erhält man ein vergleichbares Resultat mit dem der Patellarsehne, denn die Fixation der freien Sehnenenden stellte lange Zeit den größten Nachteil im Vergleich mit dieser dar.

Der größte Vorteil der Hamstringtransplantate ist die deutlich geringere Entnahmestellenmorbidity. Bedeutsame Störungen der Funktion der Beugeschienen durch den Wegfall der Semitendinosusehne bzw. Gracilisehne sind langfristig (eineinhalb bis zwei Jahre nach OP) nicht feststellbar, wobei laut Mayr, Willkom und Petersen (2009, S. 87f) kurzfristig (Wochen bis Monate nach Entnahme) signifikante Defizite in der isokinetischen und isometrischen Beugekraft gemessen werden konnten. Ein weiterer Punkt, der für die Verwendung von Hamstringsehnen spricht, ist das Fehlen des vorderen Knieschmerzes (anterior knee pain) und das höhere Bewegungsausmaß. Altmann beschreibt (2006), dass Sportler, die mit Hamstringtransplantaten versorgt wurden, eine signifikant bessere Sprungkraft aufweisen. Als Nachteil dieses Transplantates wird von manchen Autorinnen und Autoren die längere Einheildauer (je nach Autor zwischen 6 und 12 Wochen definiert) im Knochen gesehen, wobei langfristig gesehen dieser Punkt im Vergleich mit den Nachteilen der Patellasehnentransplantate zu vernachlässigen scheint. Als weiteren Nachteil sehen Lützner und Bottesi (2009) die aufwendigere Präparation dieser Sehnen, wobei diese Problematik durch erfahrene und geübte Operateure minimiert werden kann. Biau et al beschreiben in einer Metaanalyse (2009) in der sie das Outcome nach Kreuzbandrekonstruktion mittels Patellasehne mit Hamstringsehnen vergleichen, dass

die Patellarsehne eine bessere Stabilität ausweist, jedoch die Hamstringsehnen mit deutlich geringerer Entnahmestellenmorbidity definiert werden. Limitiert werden die Resultate allerdings durch Einflüsse sowohl auf die interne als auch auf die externe Validität im Bezug auf die Unterschiede in den verglichenen Studien.

(vgl. Strobel, 2007, S 121-131; Schmidt-Wiethoff und Dargel, 2007, S 387f; Sajovic et al, 2008, S 474; Petersen und Zantop, 2009, S 302; Altmann, 2006, S 152f; Lützner und Bottesi, 2009, S 136ff; Krüger-Franke et al, 2009, S 207f; Schabus, Bosina, 2007, S 32-37; Han et al, 2008, S 202; Schiller und Hoffmann, 2005, S 21ff; Biau et al, 2009, S 2470-2478)

Alle zitierten Autorinnen und Autoren sind sich darüber einig, dass sowohl die Patellarsehne, als auch die Hamstringsehnen (Semitendinosus- und Gracilissehne) die am häufigsten verwendeten Transplantate für den Ersatz des vorderen Kreuzbandes sind. Beide liefern zufriedenstellende Resultate im Bezug auf Stabilität und Funktionalität, wobei im Moment den Hamstringsehnen aus vorab erwähnten Gründen der Vorzug gegeben wird und sie als „State of the Art“ für den vorderen Kreuzbandersatz zum Einsatz kommen. Als Alternative dieser beiden Transplantatsourcen wird der mittlere Teil der Quadrizepssehne gesehen, wobei dies im Moment nur als Alternativtransplantat oder in der Revisionschirurgie eingesetzt wird.

Ein weiterer Punkt der hier Erwähnung finden muss, betrifft er denn einen widersprüchlich diskutierten Gesichtspunkt, ist der vordere Kreuzbandersatz mittels Ein- bzw. Zweibündeltechnik (= Single-bundle versus Double-bundle ACL³⁶ reconstruction). Neuesten kniekinematischen Untersuchungen zur Folge erscheint die 1:1 anatomische Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes sinnvoll. Petersen und Zantop zitieren (2009, S. 296) Hughston wie folgt: *“anatomy is the key to the knee“*, und meinen damit, dass im Hinblick auf die Operationstechnik eine Rückbesinnung auf die anatomischen Gegebenheiten im Kniegelenk erfolgt ist. Ausgehend davon ist die Technik der anatomisch korrekten Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes mit seinen zwei Bündeln (anteromedial = AM und posterolateral = PL Bündel) aktuelles Thema der wissenschaftlichen Diskussion. Lt. biomechanischer und klinischer Studien fanden sich Beweise dafür, dass mit der Doppelbündeltechnik eine bessere Stabilität als mit der Einzelbündeltechnik erzielt werden kann, was jedoch durch klinische Scores keine Bestätigung findet. Ebenfalls fehlen Langzeiterfahrungen mit dieser Technik. Weiters werden die technisch anspruchsvollere Operation, die höheren Kosten und die Zeitintensivität als Nachteil angeführt. Somit kommen Petersen und

³⁶ ACL = anterior cruciate ligamentum = englisches Pendant von LCA

Zantop zum Schluss, weiterhin die anatomische Einzelbündeltechnik als Standardmethode zu empfehlen. Krüger-Franke et al erwähnen (2009, S. 207) zu dieser Thematik weiters, dass für die Doppelbündeltechnik nur die Hamstringsehnen (Semitendinosus- und Gracilissehne) Verwendung finden können, da zwei Transplantate benötigt werden. Für sie ist aber auch die anatomisch korrekte Platzierung des bzw. der Bohrkanals/Bohrkanäle essentiell. Aufgrund der deutlich größeren Anzahl der Nachteile (aus ihrer Sicht z.B.: doppeltes Risiko für eine Bohrkanalfehlplatzierung, nur eine Transplantatsource steht zur Verfügung, längere Operationszeit, höhere Kosten durch doppelt so viele Implantate, größere Gefahr von Komplikationen) bei nicht signifikant besseren Resultaten, ist auch für sie die Einbündeltechnik nach wie vor als „Goldstandard“ zu bezeichnen. Ähnlich wie Petersen und Zantop sehen auch Lützner und Bottesi (2009, S.138), dass zwar laut biomechanischer Studien ein Vorteil im Bezug auf die Stabilität mit der Doppelbündeltechnik erzielt werden kann, sich diese laut der Ergebnisse in prospektiv randomisierten Studien im Bezug auf die klinischen Scores nicht verbessert. Für sie bleibt deshalb, auch wegen der bereits von Krüger-Franke et al beschriebenen Nachteile, die Einbündeltechnik die Standardoperationsmethode. Von Tsuda et al wird (2009) in ihrer Studie festgestellt, dass die Doppelbündelmethode Vorteile, vor allem in der Rotationsstabilität, gegenüber der Einbündelmethode aufweist. Sie sehen jedoch ebenfalls die erst kurze Zeitspanne in der Daten bezüglich der Vergleiche dieser Operationsmethoden gewonnen werden konnten und die nur kleinen identifizierbaren Vorteile kritisch und als Limitation der Untersuchung. Auch Altenburger sagt zu dieser Thematik (2009) in seiner Funktion als Gatekeeper für den praktischen Einsatz des Patientenpasses, dass die beschriebenen Benefits der Doppelbündeltechnik die Nachteile zurzeit nicht überwiegen, weshalb sie derzeit nicht generell zur Anwendung kommt.

6.3 Einsatz von Orthesen

Orthesen werden bei der Behandlung von Knieverletzung sowohl bei der konservativen Therapie, als auch bei der operativen Therapie eingesetzt. Sie liegen als unterschiedliche Modelle vor und werden heute in zwei grundlegenden Arten angeboten: einerseits die **Softorthesen**, die aus einem textilen Trägermaterial bestehen und seitlich durch Führungsschienen zur Stabilisierung des Kniegelenks führen. Durch Gelenke in den Führungsschienen kann die Streckung bzw. Beugung des Kniegelenkes limitiert werden. Andererseits gibt es die **Hartrahmenorthesen**. Ein rigider Rahmen wird mittels Gurten am Bein oberhalb und unterhalb des Kniegelenks fixiert und gewährleistet eine 4-Punkt Stabilität. Auch hier kann der Rahmen, der jeweils innen und außen über ein Gelenk verfügt, in seinem Bewegungsumfang limitiert werden.

Als Indikation für den Ortheseneinsatz werden die Entlastung und der Schutz der verletzten bzw. der operierten Gewebestrukturen angegeben und für die operative Behandlungsschiene gilt ihr Einsatz auch als Gewährleistung des Therapieerfolges. Dies trotz der Tatsache, dass es zurzeit keine evidenzbasierten Studien für ihren Einsatz gibt, was wohl auch in der Tatsache begründet liegt, dass aufgrund der Vielzahl der zum Einsatz kommenden Orthesen und der unterschiedlichen Behandlungskonzepte (z.B. operativ, konservativ, Operationsart, Begleitverletzungen) eine Vergleichbarkeit der Untersuchungen nur schwer möglich ist. Aus diesem Grund wird die Notwendigkeit des Einsatzes von Orthesen in der Fachwelt kontrovers diskutiert, da die Datenlage in der Literatur in vielen Aspekten Widersprüche aufzeigt.

(vgl. Butenschön, 2009, S 293f)

So wird z.B. von Reer et al (2002, S 390) und Schabus & Bosina (2007, S 41) der Einsatz von Softorthesen bevorzugt. Sie wenden diese Orthesenart als Schutzmaßnahme zur Stabilisierung des operierten Kniegelenkes in der Rehabilitationsphase an. Ein weiterer Punkt, der ihrer Meinung nach für diese Orthesenart spricht, ist die positive Wirkung auf die mechanische und funktionelle (propriozeptive) Stabilisierung, besonders bei anspruchsvollen Sportarten. Schabus erwähnt weiters die Muskeltonus steigernde Wirkung durch den auf die Hautrezeptoren ausgeübten Druck.

Kolt & Snyder-Mackler (2003, S 387-390) erwähnen, dass sogenannte funktionale Orthesen typischer Weise für die „return to sport phase“ verschrieben werden, ohne diese näher zu beschreiben. Sie beschreiben weiters, dass auch im Akutstadium häufig Knieorthesen zum Einsatz kommen, um die tibiofemorale Beweglichkeit einzuschränken und eine sichere Gewichtsbelastung zu ermöglichen.

Liebchen et al (2006, S. 426) beschreiben den postoperativen Einsatz von Orthesen, um das erlaubte Bewegungsausmaß nicht zu überschreiten. Sie definieren die Bewegungseinschränkung zu Beginn mit einer Limitation zwischen 20° und 60°.

Grifka und Dullien (2009, S 169ff) empfehlen für den postoperativen Schutz von Ersatzplastiken den Einsatz von sogenannten rehabilitativen Orthesen und beschreiben diese als „starre Orthesen“, die bestimmte Bewegungen wie Hyperextension oder Rotation reduzieren oder sogar verhindern sollen, um die operierten Strukturen vor zu starker Belastung zu schützen.

Auch Zantop (2009, S 241ff) erwähnt, dass bei Weichteiltransplantaten die Verwendung einer Orthese zur Rehabilitation sinnvoll erscheint. Er meint aber, dass die Bewegungslimitation vom Operateur genau zu reflektieren ist. Aufgrund der Studienlage scheint es sinnvoll zu sein, die Extension auf 0° oder -10° zu limitieren, wohingegen für die Limitation der Flexion keine Empfehlung gegeben werden kann. Er kommt zum Schluss, dass es sinnvoll erscheint bei Verwendung von Weichteiltransplantaten eine Orthese mit Bewegungseinschränkung im Rahmen von 0-10-90 zu verordnen, um zu hohe Spannungen im Transplantat zu vermeiden. Als Orthese wählt er eine Hartrahmenorthese

6.4 Medikamentöse Therapie nach Kreuzbandplastik

Die medikamentöse Therapie nach Kreuzbandplastik umfasst im Wesentlichen drei Schwerpunkte: die antithrombotische Therapie bzw. Thromboseprophylaxe, die Schmerztherapie und die Prävention von gastroduodenalen Begleiterscheinungen wie Gastroduodenitis und Ulzerationen (= „Magenschutz“).

6.4.1 Thromboseprophylaxe

Eine venöse Thromboembolie (VTE) ist nach wie vor eine häufige, aber meist auch vermeidbare Komplikation, die ab und an letal (Lungenembolie/LE = Pulmonalembolie/PE) endet. Besonders häufig sind Patientinnen und Patienten aus dem Fachbereich Orthopädie und Traumatologie, hierbei besonders mit elektiven Eingriffen an Hüfte und Knie, davon betroffen. Dies liegt in der Tatsache begründet, dass es durch die Behandlung (Operation) zu einer Aktivierung der Blutgerinnung, verursacht durch einen reaktiven Anstieg einzelner Gerinnungsfaktoren (z.B. Faktor VIII, Fibrinogen) und im postoperativen Verlauf zu einer Abschwächung der Fibrinolyse kommt und zusätzlich viele dieser Patientinnen und Patienten postoperativ, zumindest einige Tage, (teil)immobilisiert werden müssen. Virchow beschreibt in seiner Trias (Gefäßwandschaden, venöse Stase, veränderte Blutzusammensetzung) die ursächlichen Faktoren für die Entstehung einer Thrombose. Mittels der VTE werden zwei klinische Zustände beschrieben, einerseits die tiefe Venenthrombose = deep vein thrombosis (TVT = DVT) und andererseits die Pulmonalembolie (PE), die entsteht, wenn ein abgelöster Thrombus über den Blutweg transportiert wird und ein oder mehrere Lungengefäße verschließt. Collins et al (2010, S. 84) merken zu dieser Situation wie folgt an: „*VTE is considered to be the most common preventable cause of hospital related death*“.

Bei Einsatz von suffizienten medikamentösen und physikalischen Methoden kann die Entstehung einer VTE um 60% bis 80% (je nach Autor) reduziert werden. Wichtig ist, das individuelle Thromboserisiko bereits bei Aufnahme im Krankenhaus festzustellen. Dabei werden die Risikofaktoren in expositionelle und dispositionelle Faktoren unterteilt. Unter expositionellen Risikofaktoren werden z.B. die Art und der Umfang der durchgeführten Operation, die Art der Verletzung, die Dauer der Tourniquetzeit³⁷, die Lagerung perioperativ und die Dauer der Immobilisation verstanden. Für

³⁷ Tourniquet = Blutleere einer Extremität während der Operation, wird mittels einer speziellen Manschette, ähnlich einer Blutdruckmanschette durchgeführt.

arthroskopische Eingriffe am Knie, inklusive Kreuzbandersatzplastik, wird das Risiko für eine VTE als „mittel“ eingestuft. Diese Triggerfaktoren sind in der Regel nahezu gleich für alle Patientinnen und Patienten.

Die dispositionellen Risikofaktoren sind individuell durch jede Patientin bzw. Patienten definiert. Dazu gehören Faktoren wie Alter, Gewicht, Grund- bzw. Vorerkrankungen sowie genetische Dispositionen.

(vgl. Saxer & Dick, 2010, S 27; Collins et al, 2010, S 84f; Agnelli, 2004, S 4; Avron & Winkelmayer, 2004; S 31; Grifka et al, 2004, S 762ff; Haas, 2004, S 325; Schenk et al, 2009, S 835f; Rott, 2006, S 162ff; Eichinger, 2009, S 475f)

Für alle zitierten Autorinnen und Autoren steht mittlerweile außer Zweifel, dass zumindest während der Hospitalisationszeit der Patientinnen und Patienten eine Thromboseprophylaxe mittels niedermolekularen Heparins (NMH) durchzuführen und als „Goldstandard“ definiert ist. Unterschiedliche Ansichten herrschen darüber, wie lange diese Prophylaxe durchzuführen ist, besonders wenn die Patientinnen bzw. Patienten bereits nach wenigen Tagen nach Hause entlassen, oder ambulant operiert wurden. Hier differieren die Aussagen im Bezug auf arthroskopische Operationen am Kniegelenk inklusive Bandplastik von 7-10 Tagen, was laut Grifka et al eine relative Risikoreduktion für eine VTE von bis zu 80% bedeutet, bis hin zur Empfehlung die medikamentöse Thromboseprophylaxe bis zur Beendigung der Immobilisation durch die Orthesen und die Wiedererlangung des vollen ROM (Range of Movement = volle Beweglichkeit des Gelenkes) durchzuführen. Dies würde bei einem normalen Heilungsverlauf eine Zeitspanne von bis zu drei bis vier Wochen bedeuten. Es wird aber auch von einigen AutorInnen (z.B. Agnelli, Rott) angemerkt, dass bezüglich der Thematik der optimalen Dauer der Thromboseprophylaxe noch viel zu wenig Forschung in Form von randomisierten Studien durchgeführt wurde und folglich in diesem Bereich dringender Forschungsbedarf besteht. (vgl. Saxer & Dick, 2010, S 29; Collins et al, 2010, S 84f; Agnelli, 2004, S 9f; Avron & Winkelmayer, 2004; S 31; Grifka et al, 2004, S 764; Schenk et al, 2009, S 837-840; Rott, 2006, S 164f; Schobersberger et al, 2004; S 140f u. 144; Wenzl et al, 2002, S 106-109)

Die im Moment am häufigsten zur Anwendung kommenden Substanzen sind Enoxaparin (=Lovenox®) und Dalteparin (=Fragmin®) aus der Gruppe der niedermolekularen Heparine (NMH). Sie müssen parenteral angewandt, in der Regel subkutan (sc) injiziert, werden und können nur in Verbindung mit Antithrombin III wirken. Schwerpunktmäßig findet sich eine Wirkung auf den Faktor X_a. Bei sehr langer Anwendungszeit kann es zu Thrombozytopenien und Osteoporose kommen. NMH weisen ein mittleres Molekulargewicht von 2000 – 8000 Dalton (D) auf.

Aufgrund der hohen Bioverfügbarkeit von 80% bis annähernd 100% und einer funktionellen Halbwertszeit von ca. 3-5 Stunden (sc verabreicht), findet man in der Regel mit einer Verabreichung täglich das Auslangen. Ausgeschieden werden sie hauptsächlich über die Niere, wodurch eine Verabreichung bei eingeschränkter Nierenfunktion nicht, oder nur nach genauer Risikoabwägung erfolgen darf. Die NMH weisen ein geringes Nebenwirkungsprofil auf und haben je nach Gruppe eine unterschiedliche antithrombotische Wirksamkeit, was unter anderem bei der Dosierung beachtet werden muss (Präparatespezifität!). Die Dosierung erfolgt gewichtsabhängig. (vgl. Darius, 2009, S 831; Grifka et al, 2004, S 766; Haas, 2004, S 329; Saxer & Dick, 2010, S 29; Schenk et al, 2009, S 836)

Die seit kurzer Zeit auf dem Markt befindlichen oralen Antithrombotika Rivaroxaban (direkter Faktor Xa Inhibitor) und Dabigatran-Etexilat (direkter Thrombininhibitor) sind bisher nur in vier Studien auf ihre Wirksamkeit überprüft worden. Dabei konnten aber bereits erste, sehr vielversprechende Ergebnisse erzielt werden, wobei Langzeitergebnisse im Moment noch fehlen. Dies hatte zur Folge, dass sie seit 2008 explizit nur für die Anwendung beim Knie- und Hüftgelenkersatz zugelassen wurden. Es ist aber nach momentanem Wissensstand zu erwarten, dass der Zulassungsbereich ausgeweitet wird, wodurch sie möglicher Weise zukünftig auch für den allgemeinen Einsatz in der Orthopädie, Traumatologie und Allgemeinchirurgie zugelassen werden können. (vgl. Schenk et al, 2009, S 840f; Saxer & Dick, 2010, S 30; Heindl & Spannagl, 2009, S 1252-1254; Darius, 2009; S 832f)

6.4.2 Schmerztherapie

Die International Association for the Study of Pain definiert 1979 den Schmerz wie folgt: „Schmerz ist ein unangenehmes Sinne- oder Gefühlserlebnis, das mit aktuellen oder potentiellen Gewebeschädigungen verknüpft ist oder mit Begriffen solcher Schädigungen beschrieben wird.“

Es ist mittlerweile ausführlich erforscht und somit bekannt, dass operative Eingriffe an muskuloskeletalem Gewebe, besonders wenn dabei Manipulationen am Periost durchgeführt werden, zu den schmerzhaftesten Operationen im gesamten chirurgischen Feld zählen. Man geht von einer mittleren bis hohen Schmerzintensität bei größeren kniechirurgischen Eingriffen (z.B. Prothesenop, Kreuzbandplastik) aus, was auch für die Patientinnen und Patienten nach Ersatz des LCA bedeutet, dass sie mit mittleren bis starken Schmerzen konfrontiert sein werden. Das hat zur Folge, dass eine adäquate und suffiziente Schmerztherapie zu erfolgen hat, nicht nur um das Wohlbefinden und eine Verbesserung der Lebensqualität zu gewährleisten, was wiederum Einfluss auf die Genesungszeit und somit die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus hat, sondern auch um eine frühzeitige post OP-Rehabilitation möglich zu machen. Starke Schmerzen in der postoperativen Phase haben einen Einfluss auf den Genesungsprozess in vielerlei Hinblick. Als Stressor wirken sie auf verschiedenen körperlichen und psychischen Ebenen, z.B. können sie durch eine Steigerung des Skelettmuskeltonus Muskelspasmen verstärken, die nachfolgend wiederum den Schmerz verstärken und die Beweglichkeit einschränken. Weiters steigt der regionale O₂ – Bedarf und die Durchblutung des Gewebes nimmt ab, was wiederum Wundheilungsstörungen zur Folge haben kann. Ebenso muss die sympathikotone Wirkung (kardiovaskuläre, gastrointestinale und metabolische Reaktionen) des Schmerzes auf den Organismus beachtet werden, sowie der bewusst wahrgenommene Schmerz, der den emotionalen Zustand der Patientinnen und Patienten beeinflusst. Eine qualitativ hochwertige postoperative Schmerztherapie kann somit zu einer Reduzierung der organischen Stressoren bzw. Komplikationen führen, was zu kürzeren Aufenthaltszeiten im Krankenhaus beiträgt und somit einen bedeutenden wirtschaftlichen Faktor darstellt. Dazu ist allerdings eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit von Nöten.

Die Schmerztherapie ist eine rechtliche Verpflichtung der MedizinerInnen bei der perioperativen Patientenversorgung. Wird sie unterlassen so können sich die behandelnden Ärzte und Ärztinnen mit Klagen wegen Körperverletzung bzw.

unterlassener Hilfeleistung konfrontiert sehen. (vgl. Sabeti, 2005, S 2007; Giesa & Jage & Meurer, 2006, S 211; Giesa et al, 2007, S 74f; Volk, 2008, S 953; Thil & Kleinschmidt, 2008, S 817; Harder, 2007, S 780)

Bei der Schmerztherapie ist darauf zu achten, dass jede Schmerzempfindung von subjektiven Eindrücken beeinflusst ist. Hat ein Patient z.B. Angst, wird er unter Umständen die Schmerzen verstärkt wahrnehmen. Lenkt man ihn ab, oder erfährt er vermehrte Zuwendung, so kann dies bereits ausreichen, um seine Schmerzen zu lindern. Es darf folglich keinesfalls davon ausgegangen werden, dass wenn gerade ein Schmerzmittel verabreicht worden ist, der Patient immer auch schmerzfrei sein muss, denn möglicher Weise war es zu gering dosiert, oder die Schmerzen sind deutlich stärker als vom behandelnden Team angenommen. Ein berühmter Satz von Mc Gafferey et al (1999) verdeutlicht dies sehr gut: „*Schmerz ist das, was der Patient angibt, wann immer er es angibt*“, was bedeuten soll, dass sobald der Patient angibt Schmerzen zu haben, hat er sie auch und es muss folglich adäquat darauf reagiert, sprich weiter therapiert werden. (vgl. Sabeti, 2005, S 2007; Giesa & Jage & Meurer, 2006, S 211; Giesa et al, 2007, S 74f; Volk, 2008, S 953; Thil & Kleinschmidt, 2008, S 817; Harder, 2007, S 780; Rebhandl et al, 2009, S 102)

Schmerzen werden nach Zeitdauer (akuter Schmerz³⁸, chronischer Schmerz³⁹) und nach pathogenetischen Ursachen (nozizeptive = somatische, neuropathische, nicht-somatisch bedingt) klassifiziert. Im Folgenden wird nur auf die nozizeptiven = somatischen Schmerzen näher eingegangen, da diese Schmerzart für die hier beschriebene Klientel vorrangig zutrifft. Der nozizeptive Schmerz (= somatischer Schmerz) entsteht durch eine Aktivierung der Nozizeptoren (= freie Nervenendigungen), die wiederum durch algogene Substanzen bzw. durch Schädigung von Gewebe verursacht wird. Unter Nozizeption wird die Aufnahme (am Nozizeptor), die Weiterleitung (über das Rückenmark) und die Verarbeitung im Zentralnervensystem von gewebeschädigenden oder möglicherweise gewebeschädigenden Reizen verstanden. Dabei kommen verschiedene Rezeptoren und Kanäle (z.B. Bradykinin über Bradykininrezeptor, Capsaicin und Hitze über Vanilloidrezeptoren, H⁺ Ionen bei der Azidose und mechanische Verformungen über spezielle Membrankanäle, Serotonin über Serotoninrezeptoren) über die die

³⁸ Akuter Schmerz: ausgelöst durch äußere und/oder innere Verletzung, Korrelation der Intensität mit auslösendem Reiz, klar bestimmbare Lokalisation, stellt eine Warn- bzw. Schutzfunktion dar

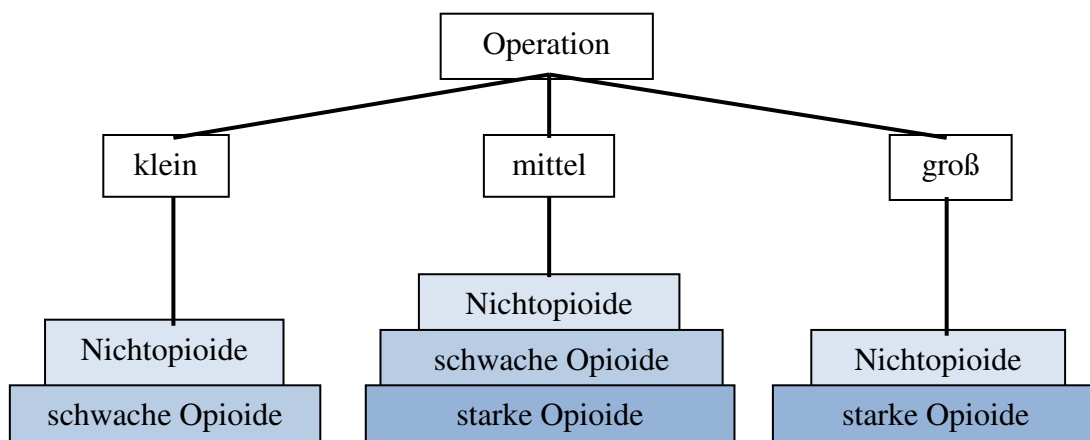
³⁹ Chronischer Schmerz: dauert länger an als zu erwarten war (> 6 Monate), vom auslösenden Ereignis abgekoppelt, korreliert mit der Dauer der Schmerzsache, stellt eine eigenständige Erkrankung dar, Intensität muss nicht mit auslösendem Ereignis korrelieren, keine Warn- und Schutzfunktion mehr, besondere therapeutische Herausforderung an die BehandlerInnen

physikalischen und biochemischen Reize aufgenommen werden, zum Einsatz. Der nozizeptive Schmerz kann nochmals in einen Oberflächenschmerz (verursacht an der Haut) und einen Tiefenschmerz (verursacht an Bindegewebe, Muskulatur, Knochen) unterteilt werden, wobei für diese Arbeit hauptsächlich der Tiefenschmerz relevant ist. Beschrieben wird der nozizeptive Schmerz als spitz, stumpf, scharf, dumpf.

Zur Schmerzmessung bzw. Schmerzerfassung stehen verschiedenen Messskalen zur Verfügung, die im stationären Bereich zum Einsatz kommen sollten. Die am Häufigsten verwendeten Skalen sind die visuelle Analogskala (VAS), die numerische Ratingskala (NRS), die verbale Ratingskala (VRS) und die Smiley oder Gesichter Skala, deren Ergebnisse mit der NRS und VRS abgestimmt werden können. Nachdem die Entlassung der Patientinnen und Patienten nach einer Kreuzbandplastik in die häusliche Pflege heutzutage bereits relativ kurz nach der Operation und somit in die „postoperative Akutschmerzphase“ fällt, die Möglichkeit einer häuslichen Beurteilung der Schmerzen mittels Skalen und ergebnisabhängiger Schmerztherapie aber nicht gegeben ist, müssen die Patientinnen und Patienten mit einer adäquaten Schmerztherapie, die auf Erfahrungswerten beruht, versorgt werden. Weiters müssen die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit haben, im Notfall (z.B. Auftreten von sehr starken Schmerzen) jederzeit eine AnsprechpartnerIn (z.B. behandelnde MedizinerInnen, Krankenhaus) erreichen zu können. Nur dadurch kann sichergestellt werden, dass eine optimale postoperative Schmerztherapie gewährleistet wird.

(vgl. Likar, 2010, S 7-20; Wieden, 2005, S 34ff; Rebhandl et al, 2009, S 103f; Jage & Laufenberg & Heid, 2008, S 382)

Der Einsatz eines Stufenschemas (wird auch von der WHO gefordert) hat sich zur systemischen postoperativen Schmerztherapie bewährt.



Obwohl laut diesem Schema die postoperative Schmerztherapie bei mittleren chirurgischen Eingriffen, wie z.B. der Kreuzbandplastik, auch den Einsatz von starken Opioiden durchaus rechtfertigt, sind diese bei Patientinnen und Patienten in häuslicher Pflege bei diesem Krankheitsbild nicht indiziert, da eine adäquate Überwachung der Vitalfunktionen nicht gegeben ist. Somit müssen die Patientinnen und Patienten mit einer suffizienten Schmerztherapie mittels Nichtopioiden und schwachen Opioiden versorgt werden. (vgl. Likar, 2010, S 7-20; Wieden, 2005, S 34ff; Rebhandl et al, 2009, S 103f; Jage & Laufenberg & Heid, 2008, S 382)

Nachfolgend wird kurz auf die zum Einsatz kommenden Schmerzmittelkategorien eingegangen.

6.4.2.1 Nichtopioidanalgetika = NOP

Als Nichtopioidanalgetika werden alle Substanzen bezeichnet, die nicht an den Opioidrezeptoren ansetzen. Die Substanzen dieser Gruppe sind zahlreich und werden ihrerseits, je nach Wirkung bzw. Wirkstoff, wiederum in Gruppen eingeteilt. Ihre Wirkung tritt im Allgemeinen innerhalb von 30min ein und hält über mehrere Stunden. Allen Vertretern ist jedoch gemein, dass es ab einer bestimmten Dosierung (diese ist individuell je nach Substanz festgelegt) zu keiner Steigerung bezüglich ihrer analgetischen Wirkung mehr kommt und diese lediglich zu einer Steigerung der Nebenwirkungen führt, weshalb festgelegte Tageshöchstdosierungen Beachtung finden müssen! Im Folgenden werden die am häufigsten und lt. Schmerzschema des Gatekeepers eingesetzten Substanzgruppen, die auch im Patientenpass beschrieben sind, näher beleuchtet.

6.4.2.2 Nichtsteroidale Antirheumatika = NSAR⁴⁰

NSAR wirken über die Prostaglandinsynthese durch Hemmung der Cyclooxygenase Typ I und Typ II, wodurch die Sensibilität der Nozizeptoren reduziert wird. Sie zeigen analgetische Wirkung auf peripherer, spinaler und supraspinaler Ebene und können nochmals in nichtselektive NSAR und selektive NSAR = Coxibe unterteilt werden. Die Coxibe werden selektiv als sogenannte COX-2-Hemmer eingesetzt, kommen vor allem bei der Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises zum Einsatz und eignen sich weiterhin zum Einsatz bei Patientinnen und Patienten mit GI-Problematiken in der Vorgeschichte. Für die postoperative Schmerztherapie, vor allem

⁴⁰ In der englischsprachigen Literatur wird diese Substanzgruppe wie folgt abgekürzt: NSAID = non steroidal antiinflammatory drugs

nach Eingriffen an muskuloskelettalen Geweben, werden allerdings vor allem kurzwirksame NSAR wie z.B. Diclofenac und Ibuprofen eingesetzt. Alle weisen eine gute und andauernde analgetische, eine antipyretische und eine stark antiinflammatorische Wirkung auf, wobei keine atemdepressive Wirkung und die geringere Inzidenz von Übelkeit und Erbrechen als bei Opioiden als weiterer Vorteil zu sehen ist. Eine wesentliche Nebenwirkung all dieser Substanzen, wobei diese bei den Cox-2-Hemmern zu vernachlässigend scheint (je höher der Cox-1-Anteil des NSAR ist, desto größer ist das Risiko für GI-Problematiken), ist die negative Wirkung (Übelkeit, Erbrechen, Gastritis, Ulcus ventriculi und duodeni, GI-Blutungen) auf den Gastrointestinaltrakt (=GI-Trakt). Diese Problematik kann bereits nach kurzer Anwendung auftreten, weshalb Patientinnen und Patienten mit einem Risiko für GI-Trakt Problematiken bzw. bereits vorangegangen oder zu erwartenden Problemen in diesem Bereich mit Protonenpumpenhemmern⁴¹ (PPI = Protonenpumpeninhibitoren) prophylaktisch behandelt werden müssen. Ein weiterer Vorteil dieser Schmerzmittelgruppe, der allerdings nur im Krankenhaussetting relevant ist, ist die Möglichkeit ihrer parenteralen Verabreichung. Oft kommen sie in Kombination mit anderen Substanzen (z.B. Diclofenac und Orphenadrincitrat = neoDolpasse®) zum Einsatz und zeigen eine sehr zufriedenstellende Wirkung.

6.4.2.3 Paracetamol

Paracetamol wirkt ausgeprägt auf spinaler (zentraler) Ebene, wird oft in Kombination mit peripher wirkenden Nichtopioidanalgetika eingesetzt und ist das einzige in Österreich zurzeit zugelassene Medikament aus der Gruppe der Anilinderivate, das antipyretische, jedoch keine antiphlogistische (= antientzündliche) Wirkungen zeigt. Es hat ein geringes therapeutisches Fenster, was eine unbedingt notwendige Einhaltung der täglichen Maximaldosis verlangt, es ist jedoch das NOP mit der günstigsten Nutzen-Risiko-Relation. Seine analgetische Wirkung nach oraler/rektaler Gabe ist niederpotent, allerdings nach i.v.⁴²-Verabreichung vergleichbar mit z.B. Diclofenac und es weist eine NNT (= number needed to treat) von 4 auf. Eine Steigerung der Wirkung der Einzelkomponenten tritt in Kombination mit anderen Nichtopioiden oder Opioiden auf, somit besteht eine gute Wirksamkeit in Form einer

⁴¹ Siehe Kapitel „Magenschutz“ in dieser Arbeit

⁴² i.v. = intravenös

balancierten Analgesie. Es ist das Basisanalgetikum für den gesamten Bereich der chirurgischen Eingriffe und findet sich in fast allen „Schmerztherapieschemata“.

6.4.2.4 Opiode

Das einzige Opioid, das in der postoperativen ambulanten Schmerztherapie zum Einsatz kommt ist **Tramadol**. Dies liegt darin begründet, dass es eine schwach wirksame Substanz ist und nicht dem Betäubungsmittelgesetz unterliegt. Weiters wirkt es nur in sehr hohen Dosen atemdepressiv. Durch Bindung in Form eines Antagonisten an die Opiodrezeptoren, Stimulierung der Serotoninfreisetzung und Hemmung der neuronalen Wiederaufnahme von Serotonin und Noradrenalin, bewirkt es eine mäßige bis starke Analgesie, kann per os in Form von Tropfen oder Tabletten verabreicht werden und wird häufig mit NOP-Substanzen kombiniert eingesetzt. Auch hier gilt, dass bei Überschreiten der Tageshöchstdosis keine weitere analgetische Wirkung erzielt werden kann und nur mehr die Nebenwirkungen zunehmen. Als Nebenwirkungen können Übelkeit, Erbrechen, Sedierung auftreten, wobei diese gehäuft bei parenteraler Anwendung zu beobachten sind.

Für den Einsatz in der postoperativen Schmerztherapie nach Entlassung wird es nicht mehr häufig verwendet, da in der Regel die akute Schmerzphase bereits vorüber ist und häufig nur mehr eine Bedarfsmedikation verschrieben wird. Bedenkt man aber, dass durch die heutzutage immer mehr praktizierte rasche Entlassung oder sogar ambulant durchgeführte Kreuzbandplastik die Patientinnen und Patienten nur eine kurze Krankenhauspräsenzphase erleben, müssen Schmerzmittel zur Verfügung gestellt werden, die auch die manchmal erheblichen Schmerzen in den ersten ein bis drei postoperativen Tagen beherrschbar machen. Dafür eignet sich Tramadol (Handelsname z.B. Tramal[®], Tramador[®]) sehr gut.

Für eine optimale postoperative Schmerztherapie scheinen sich „feste Schemata“ (z.B. Paracetamol und NSAR/COX-2-Inhibitoren) zu bewähren. Diese sollen anfänglich parenteral verabreicht werden und spätestens nach 2-3 Tagen auf eine orale Medikation bzw. eine Bedarfsmedikation umgestellt werden. Standardisierte Algorithmen für die Basismedikation sollten interdisziplinär festgelegt, angewandt und ihre Wirksamkeit überprüft werden. Nicht vergessen werden darf die Aufklärung der Patientinnen und Patienten durch MedizinerInnen und Pflegepersonal, die regelmäßige Schmerzmessung und die lückenlose Dokumentation, sowie die richtige Anwendung. Ziel einer Schmerztherapie muss immer eine suffiziente

Schmerzlinderung sein, damit Komplikationen wie z.B. Pneumonien und Thrombosen aufgrund von Immobilität durch Schmerzen verhindert bzw. reduziert werden können und eine Frühmobilisation, eine rasch anlaufende Rehabilitation und somit verkürzte Klinikaufenthalte möglich werden. Nicht zuletzt ist die Steigerung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und eine Verhinderung der Chronifizierung von nicht adäquat therapierten Schmerzzuständen als Ziel zu definieren. Das medizinische Personal ist dazu verpflichtet Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige über eine adäquate Schmerztherapie aufzuklären und zu informieren.

(Vgl. Rebhandl et al, 2009, S 107ff; Unger & Baerwald, 2010, S 179; Likar, 2010, S 21-28; Jage, 2008, S 383-386; Volk, 2008, S 956; Fischle & Notheisen & Fretschnner, 2010, S 134-137; Giesa et al, 2007; S 76-81; Reichl & Pogatzki-Zahn, 2009; S 914-916; Gnielinski & Adam, 2004, S 94ff; Hader, 2007, S 782-785)

6.4.3 „Magenschutz“ – Ulcusprophylaxe

Aufgrund der relativ häufig auftretenden Nebenwirkungen im GI-Trakt bei der Schmerztherapie mit NSAR, sollte immer auch an eine Ulcusprophylaxe gedacht werden. Von zahlreichen Autorinnen und Autoren von Veröffentlichungen bezüglich Schmerztherapie (z.B. Sabeti et al, 2005; Beck et al, 2005; Unger & Baerwald, 2010) wird der gleichzeitige Einsatz von PPI (=Protonenpumpeninhibitoren) bei Therapie mit NSAR empfohlen, ja sogar verlangt, sobald mindestens ein Risikofaktor für eine GI-Trakt Gefährdung durch diese vorliegt. Damit gehen sie auch mit den Empfehlungen der hier zitierten Gastroenterologen d'accord. Rammer, Kirchgatterer und Knoflach (2004, S 12f) sind der Ansicht, dass NSAR bei knapp der Hälfte aller Patientinnen und Patienten Symptome am GI-Trakt verursachen, wobei nur ein bis vier Prozent Ulzera und Ulkuskomplikationen entwickeln. Laut ihren Ausführungen werden die meisten arzneimittelbedingten Nebenwirkungen von NSAR verursacht. Die schleimhautschädigende Wirkung wird einerseits durch den direkten topischen Effekt (viele NSAR sind schwache lipidlösliche Säuren) und andererseits durch die systemische Hemmung der COX (= Schlüsselenzym der Prostaglandinsäurebiosynthese) bedingt. Da die NSAR unspezifisch sowohl COX-1 wie auch COX-2 hemmen⁴³ und somit auch die Prostaglandine, können diese ihre Schleimhaut protektive Wirkung nicht mehr entfalten. Im Bezug auf die Risikofaktoren für eine GI-Trakt-Läsion erwähnen sie besonders, neben den genetisch

⁴³ Es müssen sowohl COX-1 als auch COX-2 gehemmt werden, damit eine Schleimhautschädigung erfolgen kann.

bedingten Faktoren, die gleichzeitige Einnahme von Medikamenten die das GI-Risiko erhöhen. Dazu gehören ihrer Meinung nach auch die Antikoagulantien (z.B. Blutungsrisiko erhöht sich um das 13-fache). Aus diesem Grund sollte allen Patientinnen und Patienten mit diesem Risikofaktor zu den NSAR auch eine Ulkusprophylaxe in Form von PPI's⁴⁴ zuteilwerden und sie begründen diese Forderung mit den Empfehlungen der österreichischen und amerikanischen Fachgesellschaften. Ähnlich sieht dies auch Prinz (2006, S. 336ff), der NSAR bedingte Läsionen (diffus, multipel, C-Gastritis) am GI-Trakt mit einer Häufigkeit von 10%-20% beschreibt. Er geht davon aus, dass einer von 1000 behandelten Patientinnen und Patienten an den Nebenwirkungen der NSAR-Therapie stirbt und ordnet die Todesursache durch „NSAR-Nebenwirkungen“ unter die 15 häufigsten Todesursachen in Deutschland (mehr als 4000/Menschen/Jahr in D) und den USA ein. Er empfiehlt somit eine Begleitmedikation zu NSAR mit Omeprazol oder Pantoprazol, solange diese geschluckt werden, da sie die günstigste Wirkung in Kombination mit NSAR aufweisen. Hatzenbühler, Fresenius, Heck und Benrath (2007, S. 11f) gehen in ihren Therapieempfehlungen zur Verabreichung von NSAR in die gleiche Richtung wie Prinz. Auch sie sagen, dass bei NSAR – Gabe und gleichzeitiger Antikoagulation eine Ulkusprophylaxe mit PPI durchzuführen ist. H₂-Blocker und andere Antazida (z.B. Sucralfat) sind nach ihren Meinungen als Ulkusprophylaxe ineffektiv.

⁴⁴ PPI's führen zu einer signifikanten Reduktion des Risikos für das Auftreten von NSAR bedingten Ulzerationen

7 Perioperative Pflege nach Kreuzbandplastik

Patientinnen und Patienten vor und nach einer Kreuzbandplastik OP benötigen pflegerische Unterstützung und Betreuung. Diese erhalten sie allerdings nur während des Aufenthaltes im Krankenhaus. Zahlreiche wichtige Informationen zum Verhalten nach der OP, zur Ernährung, zur Organisation des täglichen Lebens bekommen Patientinnen und Patienten vom behandelnden Team meist nicht. Vielen, der zumeist jüngeren Patientinnen und Patienten ist nicht bewusst, dass sie postoperativ pflegebedürftig sind, sich quasi in einem Selbstfürsorgedefizit befinden und Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen.

7.1 Pflege theoretische Grundlagen – Orem

Orems Selbstfürsorgedefizit-Theorie gehört zu den bedürfnisorientierten Pflegetheorien, die sie bereits in den 50iger Jahren zu entwickeln begann. Sie ist eine der am meisten verbreitetsten und angewandten Theorien weltweit und besteht aus drei Teilen: der Theorie der Selbstfürsorge (befasst sich mit dem „Ich“), der Theorie der Selbstfürsorge-Defizite (befasst sich mit der Beziehung von „Ich“ und „Du“) und der Theorie der Pflegesysteme (befasst sich mit dem „Wir“ bezogen auf das soziale Umfeld) und bezieht sich auf Personen, die in einem Bezugssystem leben. Das ist so zu verstehen, dass sich jede einzelne dieser drei Theorien mit einer spezifischen Dimension der betroffenen Person befasst (siehe Klammern vorab), wobei der gemeinsame Gedanke aller drei Theorien besagt, dass Menschen leben und funktionieren, um ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden aufrecht zu erhalten. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass sie dabei für sich selbst sorgen. (vgl. Orem, 1997, S 87-97; Fawcett, 1998, S 279ff; Sommerbauer, 2003, S 36ff; Bridge et al, 2007, S 2ff)

Es lassen sich 6 zentrale Begriffe in Orems Theorie identifizieren: Selbstpflege, Selbstpflege-Handlungskompetenz, therapeutischer Selbstpflegebedarf, Pflege-Handlungskompetenz, Pflegesystem und Selbstpflegedefizit. Diese Begriffe werden nachfolgend näher betrachtet.

7.1.1 Selbstpflege

Unter Selbstpflege versteht Orem jegliche Handlungen die vom Individuum zur Erhaltung seines Lebens, seiner Gesundheit und seines Wohlbefindens ausgeübt werden, also eine menschliche Regulationsfunktion aufweisen. Sie stellt bewusstes Handeln dar und ist abhängig von der individuellen Handlungskompetenz und den individuellen Neigungen unter bestimmten Umständen initiativ zu werden, sprich Handlungen zu setzen. Wichtig ist dabei, dass das Individuum die Notwendigkeit zur Setzung von Maßnahmen erkennen können muss. Die Handelnden werden von Orem als diejenigen bezeichnet, die tatsächlich die Pflege durchführen. Als selbstpflegerisch Handelnden bezeichnet Orem diejenige Person, die die pflegerischen Handlungen an sich selbst durchführt. Die Eigenschaften der handelnden Personen verändern können sich verändern und somit kann auf die jeweils auftretenden Erfordernisse Rücksicht genommen werden. Optimale Selbstpflege kann nur vom gesunden Erwachsenen geleistet werden. Wird er krank so kommt er in einen Zustand der Pflegeabhängigkeit und bedarf der Pflege durch andere bzw. der Hilfe in Form von Anleitung und Unterrichtung, um die Selbstpflege aufrecht erhalten zu können. Zweck der Selbstpflege ist den therapeutischen Selbstpflegebedarf zu erfüllen.

(vgl. Orem, 1997, S 88ff; Fawcett, 1998, S 288f, S 292f; Sommerbauer, 2003, S 36f; Bridge et al, 2007, S8)

7.1.2 Selbstpflege-Handlungskompetenz

Orem sieht darin die Fähigkeit einer Person, sich an der eigenen Selbstpflege zu beteiligen. Dazu benötigt sie bestimmte Kompetenzen und es gehört auch die Kompetenz einer Person dazu, eine andere zu Pflegen, ohne dass daran professionelle Pflege (=Pflegefachkräfte) beteiligt ist. D.h. Laien müssen erkennen können, dass eine Person ihre eigene Pflege nicht mehr selbstständig durchführen kann und greifen dort stellvertretend und helfend ein, wo Defizite bestehen. Dieser Handlungskompetenz legt Orem zehn Fähigkeitskomponenten zugrunde: *„...das eigene Selbst als Agent der Selbstpflege wahrzunehmen und interne und externe Bedingungen und Faktoren...aufmerksam zu beobachten,... die verfügbare körperliche Energie kontrolliert für selbstpflegerische Maßnahmen einzusetzen, ...die eigene Körperhaltung und Körperbewegungen...zu kontrollieren, ...innerhalb eines selbstpflegerischen Bezugsrahmens rational zu reflektieren, ...Motivation..., selbstpflegerische Entscheidungen zu treffen und diese Entscheidungen umzusetzen, ...sich das erforderliche technische Wissen anzueignen und umzusetzen, Fähigkeiten*

in kognitiven, perzeptuellen, manipulativen, kommunikativen und zwischenmenschlichen Bereichen die den erforderlichen selbstpflegerischen Maßnahmen entsprechen, ...einzelne selbstpflegerische Handlungen zueinander in Beziehung zu setzen...Prioritäten zu setzen und die einzelnen Maßnahmen zeitlich sinnvoll anzuordnen, ...selbstpflegerische Maßnahmen konsistent durchzuführen und in die relevanten Aspekte des persönlichen, familiären und gemeinschaftlichen Lebens zu integrieren“ (Orem, 1991, S 155)

Beeinflusst werden diese Fähigkeitskomponenten von Alter, Geschlecht, gesundheitlichem Zustand, soziokultureller Orientierung, medizinischer Diagnose, den Behandlungsmethoden, dem familiären Umfeld bzw. Gegebenheiten, der Lebenseinstellung, der Umwelt und den persönlichen Ressourcen bzw. deren Verfügbarkeit.

(vgl. Orem, 1997, S 88ff; Fawcett, 1998, S 294f; Sommerbauer, 2003, S 36; Bridge et al, 2007, S7)

7.1.3 therapeutischer Selbstpflegebedarf

Um dem therapeutischen Selbstpflegebedarf gerecht zu werden, müssen Selbstpfleegerfordernisse berücksichtigt werden. Als Selbstpfleegerfordernisse definiert Orem alle selbstpflegerischen Handlungen die ausgeübt werden müssen, damit ein Mensch selbstpflegend handeln kann. Die Ursprünge der Selbstpfleegerfordernisse liegen in den anatomischen und funktionalen Merkmalen des jeweiligen Menschen. Sie unterscheidet bei den Selbstpfleegerfordernissen die universellen (beziehen sich auf Handlungen im Bezug auf grundlegende Lebensprozesse, Integrität des Menschen, der Funktionalität und das Wohlbefinden; sind allen Menschen gemeinsam, abhängig von Alter, Entwicklungsstadium und Umwelt), die entwicklungsbezogenen (beziehen sich auf die Entwicklung eines Menschen und alle diese beeinflussende Faktoren) und die gesundheitlich bedingten (beziehen sich auf medizinische Diagnosen, Behandlungen und gelten für kranke Menschen) Selbstpfleegerfordernisse. Bei akut erkrankten oder verletzten Menschen ist besonders die letzte Gruppe der Selbstpfleegerfordernisse von Bedeutung, einerseits weil diese direkt durch die Erkrankung bzw. Verletzung entstehen und andererseits werden diese durch die ärztlich verordneten Behandlungen und Therapien notwendig.

(vgl. Orem, 1997, S 90; Fawcett, 1998, S 296f; Sommerbauer, 2003, S 37; Bridge et al, 2007, S8f)

7.1.4 Pflege-Handlungskompetenz

Pflege-Handlungskompetenz weisen Personen auf, die professionell als Pflegekräfte ausgebildet wurden. Aufgrund ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten im Bezug auf „Pflege“ sind sie in der Lage den therapeutischen Selbstpflegebedarf Dritter zu identifizieren, dabei zu helfen diesen für die Betroffenen sichtbar zu machen und ihnen zu ermöglichen sich diesbezüglich weiter zu entwickeln. Dies bedeutet, dass die Handlungskompetenz der Betroffenen durch die Hilfe der Pflegekräfte weiterentwickelt werden kann und folglich im besten Falle, die Menschen wieder dazu befähigt ihren therapeutischen Selbstpflegebedarf selbst zu erfüllen.

(vgl. Fawcett, 1998, S 302f; Sommerbauer, 2003, S37)

7.1.5 Pflegesystem

Als Pflegesystem beschreibt Orem das therapeutischen Selbstpflegeerfordernis und sämtliche Inhalte des Selbstpflegesystems, die bei Menschen mit Selbstpflegedefiziten von Nöten sind. Für Orem konzentriert sich Pflege zum Unterschied von Medizin, nicht auf die durch Verletzung oder Krankheit gestörten Lebensprozesse der Menschen, sondern auf die kontinuierliche, therapeutische Pflege der Kranken. Entscheidend ist für sie dabei, dass Kranke ihre eigene gesundheitliche Situation wahrnehmen, die Wahrnehmung der gesundheitlichen Situation durch die MedizinerInnen, der Gesundheitszustand des Menschen, die von den Betroffenen angestrebten gesundheitlichen Ziele, der therapeutische Selbstpflegebedarf und die momentane Einschränkung der Selbstpflege-Handlungskompetenz der Betroffenen. Orem unterscheidet drei unterschiedliche Pflegesysteme:

- Das vollständig kompensatorische Pflegesystem, bei dem die Pflegekräfte alle therapeutischen Selbstpflegehandlungen für die zu Pflegenden aufgrund ihrer mangelnden Selbstpflegekompetenz übernehmen,. Dabei müssen die Pflegekräfte diese unterstützen, schützen, für sie urteilen und entscheiden, sowie etwaig noch vorhandene Fähigkeiten fördern bzw. erhalten.
- Das teilweise kompensatorische Pflegesystem, bei dem sich Pflegekräfte und die Patientinnen und Patienten gemeinsam um die Erfüllung der Selbstpflegebedürfnisse kümmern. Pflegebedürftige können einige Selbstpflegeetätigkeiten dabei selbst durchführen und nehmen für andere, für sie nicht durchführbare, Hilfe von den Pflegefachkräften an. Pflegekräfte

übernehmen nur die Tätigkeiten, die von den Patientinnen und Patienten nicht selbstständig durchgeführt werden können bzw. geben Hilfestellung dabei.

- Das unterstützend – erzieherische Pflegesystem leistet den Patientinnen und Patienten Hilfe bei zu treffenden Entscheidungen, bei ihrer Verhaltenskontrolle und bei der Wissensaneignung im Bezug auf ihre Erkrankung und beim Erwerb von pflegespezifischen Fertigkeiten. Die Patientinnen und Patienten sind aber in der Lage ihre Selbstpflege mittels Unterstützung durchzuführen.

Wichtig ist, dass das Pflegesystem dynamisch ist und sich im Verlauf der Pflegebeziehung in der Regel verändert. So kann am Anfang das vollständig kompensatorische Pflegesystem zum Einsatz kommen und kurz vor der Entlassung, aufgrund der Besserung des Zustandes der Patientinnen und Patienten ist, das unterstützend-erzieherische das am Besten geeignetste.

(vgl. Sommerbauer, 2003, S37f; Bridge, 2007, S 9f)

7.1.6 Selbstpflegedefizit

Menschen weisen nach Orem ein Selbstpflegedefizit (wird auch synonym für Selbstfürsorgedefizit verwendet) auf, wenn sie aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen nicht in der Lage sind, ihre Selbstpflege ständig auszuführen. Sie sind somit nicht in der Lage, unabhängig und ohne von anderen Personen abhängig zu sein, ihre Versorgung durchzuführen. Somit kommt es zu einem Ungleichgewicht zwischen Selbstpflegebedarf und Selbstpflegefähigkeiten. Kann die Person aufgrund einer nicht ausreichenden Handlungskompetenz den therapeutischen Selbstpflegebedarf nicht erfüllen, so entsteht ein Abhängigenpflegedefizit. Die Aufgabe der Pflege ist hier dieses Defizit zu erkennen und zumindest vorübergehend auszugleichen, indem sie die Pflege für die Hilfebedürftigen übernimmt, sie dabei unterstützt oder unterweist, damit notwendige Kompetenzen erworben werden können, um schließlich zukünftig wieder in der Lage zu sein, die Selbstpflege eigenständig auszuführen. Zentrales Tool, das Pflegekräfte hier einsetzen, ist der Pflegeprozess. Unter dem Pflegeprozess wird der Vorgang bei dem Pflegekräfte zwischenmenschliche, soziale und technisch-professionelle Handlungen setzen, diese dokumentieren und evaluieren, verstanden.

(vgl. Orem, 1997, S 87f; Fawcett, 1998, S299f; Sommerbauer, 2003, S37f; Bridge, 2007, S 9f)

Abschließend kann festgestellt werden, dass Orem's Pfllegetheorie gut in die heutige Zeit passt, in der aufgrund von immer knapper werdenden ökonomischen Ressourcen, geringer werdenden Versicherungsleistungen, demzufolge der Tendenz zur Reduzierung der Krankenhausaufenthaltstage, und somit der Verlagerung der „Pflege“ der Patientinnen und Patienten in die häusliche Umgebung, eine Übernahme der Pflege in den extramuralen Sektor verlagert wird. Patientinnen und Patienten, sowie deren Angehörige werden immer mehr angehalten, so viel als möglich von ihrer Pflege selbst zu übernehmen, bzw. Ressourcen (z.B. Familie, eigene) auszuschöpfen, um das Selbstpflegetdefizit auszugleichen. Die gute „Beratung“ der Patientinnen und Patienten, sowie von deren Angehörigen, im Bezug auf ihre Gesundheit bzw. Krankheit, ist ein wesentlicher Schritt, den Pflege hier, besonders bei Akutpatienten, zu leisten hat. Dies liegt darin begründet, dass die Anwesenheit der Patientinnen und Patienten nach z.B. operativen Eingriffen im Krankenhaus nur mehr sehr kurz ist und diese folglich teilweise mit einem erheblichen Pflegebedarf nach Hause entlassen werden. Nur wenn die professionelle Pflege die Selbstpflegetdefizite bei diesen Patientinnen und Patienten erkennt und ihnen bzw. ihren Angehörigen Hilfestellungen zur Kompensation aufzeigt, kann eine optimale Versorgung daheim gewährleistet werden.

(vgl. Bridge, 2007, S 10)

7.2 Pfllegetheoretische Grundlagen - Aktivitäten des täglichen Lebens = ATL

Ursprünglich wurde das Modell der 12 Lebensaktivitäten = LA von Roper, Logan and Tierney entwickelt. Diese 12 LA liegen einem Lebensmodell zugrunde, das seinen Ausgangspunkt in einem handlungsorientierten Menschenbild hat. Pflege ist nach ihrer Ansicht dann nötig, wenn Einschränkungen in einer oder mehreren Lebensaktivitäten vorliegen. Diese 12 LA wurden wie folgt definiert: *„für eine sichere Umgebung sorgen, Kommunizieren, Atmen, Essen und Trinken, Ausscheiden, sich sauber halten und kleiden, Körpertemperatur regulieren, sich bewegen, arbeiten und spielen, sich als Mann/Frau fühlen und verhalten, schlafen, sterben“* (Schäffler et al, 1998, S12).

Im deutschsprachigen Raum fand dieses Modell allerdings hauptsächlich in abgewandelter und erweiterter Form von Juchli Zuspruch und Einsatz. Juchli hat Ropers Modell aufgegriffen und erweitert und bezeichnet nun die LA als Aktivitäten

des täglichen Lebens = ATL. Für sie ist wichtig, dass diese ATL nie isoliert voneinander zu betrachten sind und nur einen Raster für Erfassung der Pflegebedürftigkeit darstellen können. Juchli definiert die 12 ATL etwas abweichend zu Roper wie folgt: *„für Sicherheit sorgen, Atmen, Wach sein und schlafen, sich waschen und kleiden, sich bewegen, Essen und Trinken, Körpertemperatur regulieren, Ausscheiden, Kommunizieren, sich als Frau/Mann fühlen und verhalten, sich beschäftigen, Sinn finden“* (Schäffler et al, 1998, S 100ff)

Diesen 12 ATLs können alle pflegerischen Tätigkeiten der Behandlungspflege und Therapien nach ärztlicher Anordnung krankheitsspezifisch zugeordnet werden und ermöglichen somit ein patientenorientiertes Durchführen von Pflegemaßnahmen in vier Ebenen. Diese vier Ebenen beschreiben den Symptombezug, den Krankheitsbezug, den Verhaltens- und Erlebnisbezug und den Interaktions- und Kommunikationsbezug. Werden diese vier Bezugsebenen miteinander vernetzt, so kann davon ausgegangen werden, dass ganzheitliche Pflege praktiziert wird.

(vgl. Juchli, 1979, S 39ff; Schäffler, 1998, S 100f)

7.3 Wundpflege

Die Wundpflege stellt in der postoperativen Betreuung der Patientinnen und Patienten einen wichtigen Part dar. Primär werden operativ gesetzte Wunden bereits im OP mit einem Verband versorgt. Der erste Wundverband nach einer Kreuzbandplastik (die Wunden befinden sich in der Reinigungsphase) ist in der Regel ein steriler Fließverband mit einem saugfähigen Wundauflagekissen. Dieser dient als Schutz- und/oder Druckverband und hat die Aufgabe Wundsekret bzw. Blut aufzunehmen, die Wunde vor mechanischen Belastungen und vor Keimen zu schützen und sollte frühestens nach 24 bis 48 Stunden wieder entfernt werden, da sonst ein erhöhtes Risiko für eine Verletzung des entstandenen Fibrinnetzes besteht. Für postoperative Wunden, die in der Regel einer primären Wundheilung unterliegen, eignen sich nachfolgend zur Primärversorgung Folienverbände am besten. Sie können bis zu 10 Tagen (je nach Produkt) auf der Wunde belassen werden. Eine Wunddesinfektion = antiseptische Wundbehandlung ist bei nicht infizierten Operationswunden nicht angezeigt, da sie einen zusätzliche chemische Reizung bedeuten würden und somit die Wundheilung verzögern könnten. Auf ein aseptisches bzw. hygienisches Arbeiten beim Verbandwechsel ist aber auf alle Fälle zu achten. Mit der Verwendung von Folienplastern wäre ein Verbandwechsel durch die Patientinnen bzw. Patienten

daheim oft gar nicht mehr erforderlich, da diese meist am 2. Bis 4. postoperativen Tag entlassen werden und somit bis zur Nahtentfernung ca. am 10. postoperativen Tag das vorgeschriebene Wechselintervall von 7 Tagen nicht überschritten wird. Dies trägt zu einer Reduktion des Infektionsrisikos der Wunden bei, denn jede Manipulation an einer Wunde stellt auch ein Risiko für das Eindringen von Keimen dar. Folienverbände bieten den Patientinnen und Patienten weiters den Vorteil, dass sie damit duschen gehen können. Prinzipiell gibt es mittlerweile Untersuchungen, die besagen, dass auch bei Weglassen des Verbandes bei einer blanden Operationswunde kein erhöhtes Infektionsrisiko besteht. Viele scheuen sich aber davor, mit einer ungeschützten Operationswunde zu duschen und somit kann mittels der Folie diese Scheu beseitigt werden. (vgl. Blank, 2008, S 190; Bundesgesundheitsblatt, 2007, S 387f; Leitfaden Wundversorgung, 2007, S 5)

7.3.1 Folienverbände

Folienverbände sind sehr dünne, durchsichtige, semipermeable Membranen aus Polyurethan. Sie erlauben den Austausch von Sauerstoff und Wasserdampf, verhindern jedoch das Eindringen von Keimen und Feuchtigkeit in Richtung zur Wunde. Auf der Wundauflageseite befindet sich ein hypoallergener Acrylatkleber, der die vollständige Verbindung der Auflagefläche der Folie mit einem trockenen Untergrund (= Wunde und Wundumgebung) ermöglicht. Es gibt diese Folien in unterschiedlichen Stärken, Elastizitäten und Wasserdampfdurchlässigkeiten.

Hauptvorteile der Folienverbände sind:

- Möglichkeit der kontinuierlichen Wundbeobachtung aufgrund der Transparenz
- PatientInnen können damit duschen gehen, da sie wasserfest sind
- ein feuchtes Wundklima für eine ideale Wundheilung wird erzeugt
- Verbandwechselzyklus bis zu 7 Tagen
- unkomplizierte Anwendung

Als Nachteile der Folienverbände zeigen sich:

- keine ausreichende Haftung auf feuchter Haut (z.B. bei starkem Schwitzen)
- haften auf trockener Haut sehr stark → sachgerechte Entfernung nötig
- keine Saugfähigkeit

Bei Anwendung von Folienverbänden folgende Dinge zu beachten:

- Stelle an der die Folie angebracht werden soll muss trocken, haar- und fettfrei sein
- Wundrand soll ca. 2 cm überlappend beklebt sein
- Folie sollte faltenfrei und ohne Zug aufgebracht werden
- Anweisung des jeweiligen Herstellers zur Applikation muss beachtet werden.

(Vgl. Vasel-Biergans, 2003, S 225ff; Leitfaden zur Wundversorgung, 2007, S 10)

7.4 Kältetherapie = Kryotherapie

Die Kälte- oder Kryotherapie wird zwar von ärztlicher Seite verordnet, die Durchführung und Anwendung liegt aber in den Händen der Pflege. Ebenso verhält es sich mit der Aufklärung, Schulung und Information der Patientinnen und Patienten bezüglich der korrekten Anwendung. Folglich ist es nur logisch, dass sie auch den pflegerischen Inhalten zugeordnet wird.

Kryotherapie bzw. Kältetherapie ist ein thermisches Verfahren aus der physikalischen Medizin und wird zu Heilzwecken eingesetzt. Die Wirkung erfolgt über das Nervensystem (Reduktion der Nervenleitgeschwindigkeit, Hemmung der Nozizeption → Erhöhung der Schmerzgrenze, lokale Analgesie, Reduktion der Freisetzung von biogenen Substanzen auf spinaler Ebenen), über den Stoffwechsel (Reduktion von Entzündungsmediatoren und der Gefäßwandpermeabilität) und über das Gefäßsystem (Vasokonstriktion mit folgender Vasodilatation nach Kurzzeitanwendung → lokale Steigerung der Durchblutung im arteriellen System und Förderung des Rückstroms im venösen System; anhaltende Vasokonstriktion bei Langzeitanwendung). Sie wird bei diesem neurophysiologischen Verfahren über die Temperaturrezeptoren in der Haut erzielt, die Kälteeinwirkung registrieren und an das Gehirn weiterleiten. Folglich kommt es zuerst zu einer Gefäßverengung und sobald der Reiz (z.B. Eisbeutel) wieder entfernt wurde, zu einer Erweiterung der Blutgefäße und somit zu einer stärkeren Durchblutung. Die metabolischen Prozesse werden durch Kälte verlangsamt und durch Wärme beschleunigt. Dadurch kommt es zu einer Reduktion der Schwellung und in Folge dessen zu einer Schmerzreduktion sowie zu einer besseren Beweglichkeit des Gelenkes. Die Kältetherapie kommt besonders am Stütz- und Bewegungsapparat bei entzündlichen Prozessen, sowie nach Operationen und nach traumatischen Ereignissen als Erstmaßnahme, zum Einsatz. Die Anwendungsdauer wird autorinnenspezifisch mit zwischen 5 und 20 Minuten/mehrmals täglich

(besonders günstig nach Physiotherapie) angegeben, wobei zwischen einer Kurzzeittherapie (5 bis max. 10 Min.) und einer Langzeittherapie (10 bis max. 20 Min.) unterschieden wird.

Manche Autorinnen und Autoren (z.B. Sanchis-Alfonso, Zantop) empfehlen den Einsatz eines CryoCuff™ bereits ab Beendigung der OP und begründen dies mit der dramatischen Reduktion der Schwellung bei dieser Anwendungsform, wobei darauf geachtet werden muss, dass die Kältetherapie nur intermittierend zum Einsatz kommt, da der „Abtransport“ des Hämatoms bzw. des Ergusses nur während der hyperämischen Phase erfolgen kann. Eine genaue Angabe über Dauer der Anwendung wird von beiden Autoren allerdings nicht gemacht. Andere AutorInnen empfehlen die Anwendung von Eisbeuteln (=zerstoßenes Eis in einem speziellen Plastikbeutel), Eishandtüchern (= ein in Salzwasser getränktes, tiefgekühltes Handtuch), Kältepackungen (= Kryo-Gelpackungen, Cool-Packs, -18°bis -20°C kalt) oder Eisabreibungen (betroffenes Gebiet wird mit Eislolly⁴⁵ abgerieben). Bei allen Kälteanwendungen ist darauf zu achten, dass das Kältemedium im Dauerkontakt (=länger als eine Minute) niemals direkt auf die Haut aufgelegt wird, da es sonst zu Erfrierungen kommen kann. Ebenso ist auf Knochenvorsprünge besonders zu achten, da hier das Risiko einer Nekrosebildung besteht. Weiters ist darauf zu achten, dass zwischen einer Kälteanwendung und einer manuellen Lymphdrainage ein zeitlicher Abstand von mindestens einer Stunde, vor und nach dieser, eingehalten wird, da sonst ein optimaler Lymphabfluss nicht gewährleistet ist. Als Kontraindikationen für die Kältetherapie gelten z.B. Sensibilitätsstörungen, trophische Störungen, art⁴⁶. Durchblutungsstörungen, Kälteüberempfindlichkeit, Angiospasmen, geschädigtes Lymphsystem. Bei Vorliegen einer oder mehrerer Kontraindikationen darf eine Kältetherapie nicht angewandt werden.

(vgl. Buß et al, 2006, S 237ff; Liebchen et al, 2006, 427; Sanchis-Alfonso, 2006, S 290; Schabus & Bosina, 2007, S. 39; Timmermann & Steubl, 2009, S 88f; Zantop, 2009, S. 239f; Steinmann & Allwang, 2009, S. 125-127; Müller-Rath et al, 2010, S 286)

⁴⁵ Eislolly = Joghurtbecher mit Wasser füllen und Holzspatel einlegen und tiefkühlen, leicht selbst herzustellen

⁴⁶ art. = arteriell(e)

7.5 Topfenumschlag, Topfenwickel

Die Anwendung von Topfen⁴⁷ wird von vielen MedizinerInnen und Therapeutinnen bzw. Therapeuten (z.B. Liebchen et al, Buß et al, Schabus & Bosina, Clemens & Klaschik, Altenburger, Hlucil, Petersen & Zantop, Sonn, Paesler) empfohlen. Wissenschaftliche Beweise für die Wirkung von Topfen im Sinne von Studien liegen allerdings nicht vor. Außer Frage steht aber, aufgrund von jahrhundertlangem Erfahrungswissen, dass Quark eine stark entzündungshemmende und abschwellende Wirkung hat und aus diesem Grund verordnet wird. In „Wickelbüchern“, in der Literatur der Physiotherapie, der Physikalischen Medizin, in der Fachliteratur zur Traumatologie und Orthopädie, sowie in Fachartikeln dieser Fachrichtungen findet sich immer wieder die Empfehlung für diese Alternativtherapieform.

Geschichtlich gesehen, gibt es detaillierte und genaue Überlieferungen über Wickelanwendungen seit zwei bis drei Jahrhunderten. Sebastian Kneipp begründete im 19. Jahrhundert mit den fünf Säulen der Kneipp-Therapie (= Hydrotherapie, Phytotherapie, Bewegungstherapie, Ernährungstherapie und Ordnungstherapie) auch die Grundlage für Wickelanwendungen. Diese werden im Rahmen der Hydrotherapie beschrieben. Mitte bis Ende des 19. Jhd. begann auch die Schulmedizin sich dafür zu interessieren und Kneipps Methoden wurden mehr oder weniger anerkannt. Die Wickeltherapie wurde von der Pflege übernommen und sie war bis zu Beginn der siebziger Jahre Bestandteil der Pflege, um schließlich wieder zu verschwinden. Erst Mitte der 80iger Jahre besann man sich wieder auf diese Methode und die „Wickel“ hielten unter der Bezeichnung „alternative Pflegemethoden“ Einzug in den Pflegealltag. Seit 1999 gibt es die Ausbildung zur Wickelfachfrau in Deutschland und seit 2002 auch in der Schweiz. Mittlerweile gibt es eine Fachgruppe der Wickelfachfrauen aus Österreich, der Schweiz und Deutschland, die sich regelmäßig trifft, Fortbildungen organisiert und Qualitätskriterien für Wickelanwendungen erstellt. (vgl. Sonn, 2010, S. 6f; Buß et al, 2006, S 237)

Wickelanwendungen werden den Naturheilverfahren zugeordnet und somit komplementär zu Schulmedizin eingesetzt. Wesentlich ist die Verwendung von natürlichen Wirkstoffen und die Betonung der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen. Die Selbstheilungstendenzen des menschlichen Körpers und die

⁴⁷ Topfen wird im deutschen Sprachgebrauch auch als „Quark“ bezeichnet.

persönliche und aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung sind dabei wichtige Komponenten. (vgl. Paesler, 1998, S 6)

Setzt man sich professionell mit der Thematik von Wickeln und Auflagen auseinander, sollten die Begrifflichkeiten definiert werden. Es werden Begriffe wie z.B.: Wickel, Auflage, Komresse oder Umschlag, Packung oft synonym verwendet, was allerdings nicht konform mit den Definitionen geht.

7.5.1 Definitionen (alle Sonn, 2010, S 7):

Wickel = „Zirkuläres Anlegen eines oder mehrerer Tücher um den ganzen Körper oder einen Körperteil; das innerste Tuch besteht aus 4-6 Stofflagen und ist meist mit einer entsprechenden Flüssigkeit getränkt oder mit einer Substanz bestrichen.“

Auflage, Komresse oder Umschlag = „Das Innentuch ist auf eine bestimmte Körperpartie begrenzt. Auflage, Umschläge oder Kompressen werden jedoch meist zirkulär mit einem Außentuch um den ganzen Körper oder einen Körperteil festgewickelt. (...) Auflagen bedecken etwas größere Flächen, während Kompressen nur kleine Flächen bedecken.“

Packung = „Mindestens die Hälfte des Körpers ist von mehreren Tuschichten eingehüllt.“

Betrachtet man diese Definitionen so ist für die Anwendung am Kniegelenk sowohl der Begriff „Wickel“, als auch „Umschlag“ zulässig und wird auch so im Patientenpass verwendet.

Die Bezeichnungen für Wickel werden einerseits nach dem Körperteil an dem sie zur Anwendung kommen, z.B. Brustwickel oder nach dem Zusatz, z.B. Topfenwickel, gewählt. Bei der Wirkung von Wickeln und Umschlägen kommt es immer zu einem Zusammenspiel von mehreren Faktoren im Bezug auf dessen Wirkung, was bei einem Topfenwickel/umschlag bedeutet, dass sowohl die physikalische Kältewirkung, als auch die arzneiliche Wirkung des Topfens für das Ergebnis verantwortlich ist. So kommt es durch die physikalische Kälteeinwirkung (der Topfen wird kühl angewandt) zu einer Durchblutungsbeeinflussung an der Haut, was wiederum Einfluss auf den Stoffwechsel in dieser Körperregion hat und über spinale Nervenbahnen auch in tieferen Regionen Wirkung zeigt. Weiters wird durch die spezifischen Eigenschaften des Zusatzes, in diesem Fall des Topfens, eine Wirkung erzielt. Was bei dieser

Therapieform nicht außer Acht gelassen werden darf, ist die Wirkung eines Wickels auf die Psyche. Durch die Zuwendung, die Berührung und Nähe, die mit dem Anlegen eines Wickels verbunden ist, wird bei vielen Kranken ein Wohlgefühl und Geborgenheit vermittelt. Jemand (die Pflegeperson, Angehörige) nimmt sich Zeit und „kümmert“ sich um die Patientinnen bzw. Patienten und ihr schmerzendes Knie. Nach dem Anlegen des Wickels, muss eine Ruhephase eingehalten werden und so hat man Zeit, sich mit dem kranken Knie auseinander zu setzen, den Wickel als „Erleichterung“, „Schmerzlinderung“ und „angenehm“ zu empfinden, was wiederum einen positiven Einfluss sowohl auf körperliche, als auch auf seelische Stimmungen hat. Sie müssen quasi für die Zeit der Anwendung „zur Ruhe kommen“ und somit ermöglichen sie dem eigenen Körper seine Selbstheilungskräfte zu aktivieren, was die Ganzheitlichkeit der Anwendung unterstreicht. (vgl. Paesler, 1998, S 9; Buß et al, 2006, S 237; Sonn, 2010, S. 7f; Buchmayr, 2009, S 415f))

Wickel können aber keineswegs immer und überall zum Einsatz kommen. Auch hier gibt es Kontraindikationen und es können Nebenwirkungen auftreten. Patientinnen bzw. Patienten und/oder ihre Angehörigen müssen über die korrekte Anwendung genau informiert und über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt werden. So muss z.B. beachtet werden, dass ein Topfenwickel bei einer Milcheiweißallergie nicht angewandt werden darf, dass auf die richtige Temperatur zu achten ist und auf die Dauer der Anwendung. Die Anleitung für die Wickelanwendung sollte von fachkompetenten Personen erfolgen, die über benötigte Materialien, Wirkungen, mögliche Nebenwirkungen, Risiken und Kontraindikationen informieren können. Weiters sollte die Anwendung von Wickeln immer im therapeutischen Team abgesprochen werden bzw. muss sie vom Arzt verordnet werden. Es ist darauf zu achten, dass immer nur ein Wickel zur gleichen Zeit angewendet wird. (vgl. Paesler, 1998, S 7; Behret, 2000, S. 78f.; Sonn, 2010, S. 8f; Buchmayr, 2009, S 415)

Für die Anwendung eines Topfenwickels werden nach Paesler (1998, S 32f) und Sonn (2010, S 14ff) folgende Utensilien benötigt:

- **Innentuch:** aus saugfähigem Material wie z.B. Leinen oder Baumwolle (Mullwindel, Geschirrtuch, alte Bettwäsche in die passende Größe geschnitten)
- **Zwischentuch:** ebenfalls Baumwolle, soll das Innentuch „überragen“ und bedecken (z.B. Handtuch)
- **Außentuch:** soll gewissermaßen „isolieren“ (Wärme halten können) oder vor Feuchtigkeit schützen (z.B. Wolle = Schal, Moltontuch, Frotteetuch)
- **Topfen:** muss naturbelassen sein (Fettstufe ist dabei unerheblich), sollte Zimmertemperatur haben (nicht direkt aus dem Kühlschrank!), Menge je nach Größe des Kniegelenkes (ca. 250g bis 500g werden für einen Topfenwickel benötigt)

Synthetische Gewebe, Inkontinenzunterlagen, Gummitücher oder Folien sollten prinzipiell nicht verwendet werden, da sie zu Wärmestaus führen können.

Die Anwendung des Wickels sollte sinnvoll in den Tagesablauf integriert werden. Im Krankenhaus wird diese Organisation von den Pflegepersonen übernommen, die die Patientinnen und Patienten auch über die Topfenanwendung daheim informieren sollten. Die MedizinerInnen verordnen die Häufigkeit der Anwendung. Sinnvoll ist die Topfenanwendung nach den Physiotherapieübungen, dies einerseits da die Patientinnen bzw. Patienten dabei ihr frisch operiertes Kniegelenk beansprucht haben und andererseits danach sich Zeit zur Erholung und Ruhe gönnen sollten. Dadurch kann die Wirkung aus ganzheitlicher Sicht gesteigert werden. Man sollte dabei entspannt liegen können und während der Anwendung nicht gestört werden. Auch nach Entfernen des Wickels sollten die Möglichkeit bestehen, noch ca. 15 Min. „nachruhen“ zu können, d.h. nicht unmittelbar danach gleich wieder aufstehen und z.B. umhergehen. Dabei ist darauf zu achten, dass die PatientInnen zugedeckt sind. Weiters sollte den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit geboten werden, ihr Knie abzuwaschen (z.B. mittels eines Waschlappens) und abzutrocknen, denn die „Topfenreste“ auf der Haut können unangenehm zu riechen beginnen. Ein Topfenwickel soll nicht noch einmal verwendet werden. Der gebrauchte Topfen kann entweder über den Restmüll oder den Biomüll entsorgt werden.

(vgl. Paesler, 1998, S 32f; Behret, 2000, S. 78f.; Buchmayr, 2009, S 419; Sonn, 2010, S. 14-17)

Die Wirkung eines Topfenwickels wird von Paesler (1998), Buchmayr (2009) und Sonn (2010) wie folgt beschrieben. Prinzipiell handelt es sich beim Topfenwickel um eine Kälteanwendung, da der Topfen bei seiner Anwendung um die 20°C (ca. Zimmertemperatur) hat. Dadurch weist er eine abschwellende, entzündungshemmende, schmerzstillende und wärmeentziehende Wirkung auf und wird vor allem postoperativ zur Kühlung und Abschwellung verwendet. Kommt der Topfen mit der Haut in Berührung, so leitet er eine Milchsäureprozess ein, der wiederum „anziehend“ auf die Entzündungsstoffe im Gewebe wirkt. Diese werden durch die sauren Substanzen vermehrt abgeleitet und bringen den durch die (reaktive) Entzündung veränderten Stoffwechsel wieder ins Gleichgewicht. Topfen enthält z.B. Proteine, Natrium, Kalium, Calcium Phosphor, Magnesium und Eisen.

Bei Milcheiweißkontaktallergien oder offenen Wunden (z.B. Ulcus, Dekubitus) darf ein Topfenwickel nicht angewandt werden.

Die OP-Wunde stellt keine Kontraindikation dar, zumal sie in der Regel mit einem Folienverband versorgt wird.

Der Topfenwickel kann so lange auf dem Knie belassen werden, wie er von den PatientInnen als angenehm empfunden wird, was in der Regel mit ca. 20-40 Minuten angegeben wird.

(vgl. Paesler, 1998, S 32f und S 48; Behret, 2000, S. 78f; ; Buchmayr, 2009, S 419; ; Sonn, 2010, S 60f)

8 Physiotherapie nach Kreuzbandplastik

Die physiotherapeutische Behandlung nach Rekonstruktion der vorderen Kreuzbandes ist Standard im Behandlungskonzept und wird nach jeder Kreuzbandplastikoperation verordnet. (vgl. Müller-Rath et al, 2010)

Dass die notwendige postoperative Physiotherapie sehr aufwendig ist, muss den Patientinnen und den Patienten bereits in der präoperativen Phase vermittelt werden. Da ein individuelles und auf die jeweilige PatientInnensituation zugeschnittenes Rehabilitationsschema notwendig ist, muss eigentlich eine gute Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Patienten, MedizinerInnen und Therapeutinnen bzw. Therapeuten gegeben sein. Besonders in der Kommunikation zwischen dem Behandlungsteam ist dies von Nöten, existieren doch zahlreiche Nachbehandlungsschemata. (vgl. Petersen & Zantop, 2009)

Die einzelnen zur Anwendung kommenden Behandlungskonzepte unterscheiden sich allerdings manchmal erheblich voneinander, wobei lt. Literatur alle ihre Berechtigung haben. Dabei legen die PhysiotherapeutInnen bewährte Übungen, teilweise nach selbst gemachten Erfahrungen mit den einzelnen Übungen aus ihrer Praxis fest. Nachfolgend wird kurz auf die unterschiedlichen Rehabilitationsphasen eingegangen, da die Übungen hierauf abgestimmt werden müssen. Weiters wird auf die Thematik der Übungen in geschlossener bzw. offener Kette eingegangen, da die Anwendung der einen oder anderen, bzw. der Kombination, in der Fachwelt teilweise heftig diskutiert wird.

8.1 Ziel der Physiotherapie

Timmermann und Steubl definieren (2009 S. 17) die Ziele der Physiotherapie als „....gezielte Behandlung gestörter physiologischer Funktionen. Physiotherapie nutzt physiologische Anpassungsmechanismen im Körper, um Wirkung zu erzielen.“ Sie unterscheiden aber quasi als „Unterpunkt“ der Physiotherapie die physikalische Therapie. Damit beschreiben sie die Behandlung mittels physikalischer Mittel wie z.B. mechanischer Reize (Massage), thermischer Reize (Kältetherapie) oder Strom (Elektrotherapie). Besonders der Bereich der Thermotherapie und hier im Speziellen die Kälte- oder Kryotherapie wird im Kapitel „pflegerische Inhalte“ behandelt. Dies liegt darin begründet, dass die Kryotherapie im Krankenhaus von der Pflege angewandt wird und das Pflegepersonal die Patientinnen und Patienten auch damit

vertraut macht. Auch die Anwendung von Topfenumschlägen bzw. –wickeln wird im selben Kapitel aus gleichen Gründen behandelt.

Physiotherapie nutzt die aktive und passive Bewegung für die Heilung und Vorbeugung von Krankheiten und bietet damit eine sinnvolle und notwendige Ergänzung zur operativen und medikamentösen Behandlung. Sie baut immer auf ärztliche Diagnosen auf und Therapieziele sollten folglich auch gemeinsam mit dem ärztlichen Team erarbeitet werden. Als Kernziele werden die Schmerzlinderung, die Anregung von Durchblutung und Stoffwechsel, die Verbesserung der Beweglichkeit bzw. das Wiedererlangen eines freien Bewegungsumfanges, Reduktion von Schwellung, die Kräftigung der Muskulatur (hat eine Stabilisierung des Gelenkes zur Folge), die Verbesserung der Koordination und die Steigerung der Ausdauer definiert. Damit stellt die Physiotherapie eine bedeutsame Komponente im Therapiekonzept dar. Es werden verschiedensten Methoden der aktiven und passiven Bewegung eingesetzt, um diese Ziele zu erreichen.

(vgl. Timmermann & Steubl, 2009, S 17ff; Liebchen et al, 2006, S 425 ff; Schmidt-Wiethoff & Dargel, 2007, S 11)

8.2 Rehabilitationsphasen

Zahlreiche Autorinnen und Autoren teilen den postoperativen Verlauf in Rehabilitationsphasen ein. Diese unterscheiden sich zum Teil erheblich. Exemplarisch werden im Folgenden einige Schemata und Einteilungen beschrieben.

8.2.1 Rehapphasen nach Kolt und Snyder-Mackler

Die physikalische Rehabilitation wird von Kolt und Snyder-Mackler (2003, S 386ff) in drei Phasen eingeteilt, die auch von Petersen und Zantop (2009) ähnlich festgelegt werden.

8.2.1.1 Acute phase = Frühphase

(ersten zwei Wochen postoperativ). Ziel ist ein reizloses Knie, Schmerzfreiheit, Erweiterung des ROM, sowie die Verhinderung einer Muskelatrophie. Maßnahmen: physikalische Therapie (Kühlung, Hochlagerung, Lymphdrainage), Physiotherapie (Quadrizepstraining, Patellamobilisation, Mobilisation unter Orthesenschutz und mit Teilbelastung)

8.2.1.2 Advanced phase = Belastungsphase

(ab ca. 14 Tage post OP bis ca. 3 Monate). Ziel ist die Steigerung der Belastungsintensität, Ausgleich des Streckdefizits, muskuläre Kräftigung, Propriozeptionstraining, neuromuskuläres Training; Weglassen der Orthese

8.2.1.3 Return-to-play phase:

diese Phase kann begonnen werden, wenn die Quadrizepsstärke ca. 80% der unverletzten Seite erreicht hat. In dieser Phase kann nach medizinischer „Freigabe“ begonnen werden, mit sportartspezifischem Training wieder zu beginnen.

8.2.2 Rehaphasen nach Steinmann und Allwang

Steinmann und Allwang verwenden (2009, S 217ff) ebenfalls ein nach Phasen definiertes Rehabilitationsschema, das allerdings etwas anders strukturiert und vor allem zeitlich anders definiert ist und sich wie folgt darstellt:

8.2.2.1 Phase 1 = frühfunktionelle Therapie:

Zeitraum wird mit 1-3 Wochen angegeben. Ziel: Schmerzlinderung, Resorption der Ödeme (Erguss im Gelenk), Prophylaxe muskulärer Atrophie, Vermeidung von Adhäsionen, Gelenktrophik normalisieren. Maßnahmen legen sie wie folgt fest: passives, aktives und assistiertes Bewegen; isometrische Übungen; Lymphdrainage zur Entstauung; Kältebehandlung. Den relativ weiten zeitlichen Rahmen dieser Phase erklären sie mit individuellen Voraussetzungen des „Sportlers“, denn ein gut Trainierter kann diese Phase wahrscheinlich schneller durchlaufen als ein Untrainierter. (vgl. Steinmann und Allwang, 2009, S218f)

8.2.2.2 Phase 2 = Stabilisation, funktionelles Muskelkrafttraining:

Der Zeitraum für diese Phase wird mit 1-6 Wochen angegeben. Ziel für diese Phase ist der Aufbau der gelenksumschließenden Muskulatur. Sie empfehlen ein Training in der offenen und geschlossenen Kette⁴⁸. Weiters wird dem Ausgleich von muskulären Dysbalancen und der Verbesserung von Ausdauer und Koordination spezielle Aufmerksamkeit gewidmet. Die Übungen bleiben ähnlich, werden nur in Varietät, Umfang und Häufigkeit/Woche gesteigert. (vgl. Steinmann und Allwang, 2009, S219f)

⁴⁸ Siehe Erklärungen hierzu im Kapitel 8.3

8.2.2.3 Phase 3 = funktionelles Muskelaufbautraining:

Zeitraumen: 2-6 Wochen. Ziel ist eine intra- und intermuskuläre Koordinationssteigerung; anbahnen von funktionellen Bewegungsmustern, sowie konzentrische Beschleunigungsübungen, exzentrisches Abbremsstraining und der Aufbau von reaktiven Kraftqualitäten. Auch hier bleiben die Übungen ähnlich, gehen aber immer mehr in eine Trainingstherapie über. Die Dosierung des Trainings nimmt zu und es sollten zwischen 40% und 60% der Maximalkraft erreicht werden. (vgl. Steinmann und Allwang, 2009, S 220f)

8.2.2.4 Phase 4 = sportspezifisches Training, Muskelbelastung

Zeitraumen: 2-6 Wochen. Auf diese Phase wird hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt, da sie für den Patientenpass nicht mehr relevant ist und aufgrund der Individualität der unterschiedlichen Sportarten für diese Arbeit zu komplex für eine Beschreibung wäre. (vgl. Steinmann und Allwang, 2009, S 221)

8.2.3 Rehaphasen nach Ebel-Paprotny und Preis

Ebel-Paprotny und Preis definieren in ihrem Konzept nach postoperativer Versorgung einer LCA-Ruptur (2008, S 441ff) ein zweiphasiges Schema, wobei sie die beiden wie folgt beschriebenen Phasen nicht zeitlich definieren:

8.2.3.1 Phase I = bewegungsstabil-aktive Phase

Ziele: Schmerzlinderung (Kältetherapie, Lagerung), Resorption der Ödeme (Hochlagerung, Muskelpumpe aktivieren, Kompressionsstrümpfe), Resorption des Gelenksergusses (siehe Ödeme, plus Bewegungsschiene, intensive Quadrizepsspannung), Narbenbeweglichkeit verbessern, Beweglichkeit erhalten bzw. verbessern (Patellamobilisation), Muskelaktivität erhalten bzw. verbessern (diverse Muskelübungen in offener und geschlossener Kette), Gangbild verbessern (3-Punktgang mit Krücken, Orthesen, aufrechte Ganghaltung) (vgl. Ebel-Paprotny und Preis, S2008, S442ff)

8.2.3.2 Phase 2 = belastungsstabile Phase

Ziele: Schmerzlinderung (s. Phase 1), Muskelaktivität verbessern (s. Phase 1 plus Stabilisation im Stand, Fahrradergometer, Treppengehen), Beweglichkeit verbessern (s. Phase 1 plus Übungen mit Pezziball, Mobilisationstechniken), Koordination schulen (Schaukelbrett, Sportkreisel, Minitrampolin, Aquajogging), Gangbild

verbessern (Rotationsgang, Gangschulung, Treppensteigen, vollbelasteter Gang wenn volle Kniestreckung erreicht). (vgl. Ebel-Paprotny und Preis, S2008, S444)

8.2.4 Rehaphasen nach Schabus und Bosina

Auf ein letztes Rehabilitationsschema soll hier noch eingegangen werden, teilen Schabus und Bosina (2007) ihren empfohlenen Ablauf gar in fünf Phasen ein. Für Sie sind die Hauptfeiler eines gut funktionierenden Gelenkes, dies sollte generelles Ziel der Rehabilitation sein, eine kräftig ausgebildete Muskulatur, die ungehinderte Beweglichkeit und eine gute Koordination, damit ihr Statement (S 17 ebd.) „- *jedermann soll die Gelenke seines Körpers in jeder Lage unter Kontrolle haben!*“ auch für das operativ versorgte Kniegelenk zutrifft. Hauptfeiler der Therapie, die wie folgt beschrieben und zeitlich recht strikt definiert werden, sind somit: Muskeltraining, Stretching, volle Gelenkbeweglichkeit, Koordinationstraining:

8.2.4.1 Postoperative Phase (1.-7. Tag):

mit den Übungen (Zehen bewegen, Vorfuß auf- und ab bewegen, Quadrizeps- und Hamstringspannung) wird unmittelbar postoperativ begonnen und bis zur Schmerzgrenze durchgeführt werden. Beinhochlagerung, Kältetherapie und Lymphdrainage werden zur Schmerztherapie, zur Ödem- und Ergussreduktion sowie zur Thromboseprophylaxe durchgeführt. Weiteres Ziel ist die Erarbeitung der Streckung, soweit dies schmerztechnisch möglich ist. Sie empfehlen Übungen in der offenen Kette, wie z.B. Beinstrecken und hochheben in Rückenlage bzw. in Seitenlage. Auch die Patellamobilisation und der Einsatz einer Bewegungsschiene werden verordnet. Gang mit Krücken zuerst mit Teilbelastung, dann mit Vollbelastung unter physiotherapeutischer Anleitung und unter „Orthesenschutz“. (vgl. Schabus und Bosina, 2007, S 39ff)

8.2.4.2 Rehabilitationsphase (7.-14. Tag):

Übungsprogramm und Kältetherapie aus dem Krankenhaus sollen daheim fortgesetzt werden. Ziel ist intensives Arbeiten an der Wiedererlangung der Streckung, wobei ein ROM von 0°-0°-120° erreicht werden soll. (vgl. Schabus und Bosina, 2007, S 42ff)

8.2.4.3 Aufbauphase (14 Tage – 4 Wochen):

Ziele: nach Abheilung der Wunden, Narbenbehandlung zuerst durch Therapeuten danach durch die Patientinnen und Patienten selbst. Muskeltraining und Propriozeptorenttraining steht nun im Vordergrund. Systematische Steigerung der

Intensität und der Häufigkeit der Übungen unter physiotherapeutischer Anleitung. Bei Bedarf Kältetherapie nach Belastung (= Übung bzw. Training). Hier wird von den AutorInnen besonders hervorgehoben, dass für eine erfolgreiche Rehabilitation nach Rekonstruktion des LCA immer Patientinnen bzw. Patienten, OperateurInnen und Therapeutinnen bzw. Therapeuten verantwortlich sind. Die Aufgabe der dieser die Patientinnen und Patienten stetig zu motivieren und dazu anzuhalten die Therapie konsequent durchzuführen, wird explizit hervorgehoben. (vgl. Schabus und Bosina, 2007, S 44ff)

8.2.4.4 Trainingsphase (4 Wochen – 3 Monate):

Ziel ist die Erarbeitung der vollen Gelenkbeweglichkeit. Spezielle Übungen für Beugung und Streckung kommen zum Einsatz. Muskeltraining (Stretching, ausgewogenes Verhältnis zwischen Beweglichkeit und Krafttraining unter Beachtung einer guten Balance zwischen Synergisten und Antagonisten) wird nach den Prinzipien des Krafttrainings (zuerst Kraft-Ausdauer = wenig Gewicht + häufige Wiederholung, nach 4-6 Wochen nach dem Bodybuildingsystem = höheres Gewicht + wenig Wiederholungen) aufgebaut. Weiterführung des propriozeptiven Trainings und schließlich Vorbereitung auf den Wiedereinstieg in den Sport. (vgl. Schabus und Bosina, 2007, S47f)

8.2.4.5 Sportreintegrationsphase (ab drei Monaten):

in diese Phase darf erst gewechselt werden, wenn Chirurgen und TherapeutInnen ihr o.k. dazu geben. Dafür müssen folgende Parameter erreicht worden sein: gleicher Muskelumfang, gute muskuläre Balance, perfekte Koordination, Schmerzfreiheit, kein Gelenkserguss, „Angstfreiheit“ und volles Vertrauen in das Kniegelenk. (vgl. Schabus und Bosina, 2007, S 49)

8.3 Übungen in der offenen und geschlossenen Kette

Ein in der Literatur teilweise sehr widersprüchlich diskutiertes Thema ist die Frage nach Anwendung von Übungen in der offenen bzw. geschlossenen kinetischen Kette. Von **Übungen in geschlossener kinetischer Kette** spricht man, wenn das beübte Bein sich durch Fußkontakt mit der „Unterlage“, in einer in sich geschlossenen und in den angrenzenden Gelenken beweglichen, kinetischen Verbindung befindet. Das distale Ende des Beines ist somit quasi an der Unterlage „fixiert“, typische Übung hierfür wäre die Kniebeuge. **Übungen in der offenen kinetischen Kette** bedeuten folglich, dass der Fußkontakt zur Unterlage fehlt und somit in allen Gelenken distal des Kniegelenkes eine Isolierung der kinetischen Verbindung entsteht. Das distale Ende des Beines weist eine freie Beweglichkeit auf, typische Übung ist die Knieextension in sitzender Position. (vgl. Dargel & Schmidt-Wiethoff, 2008, S 238; Kolt & Snyder-Mackler, 2003, S 387)

Ebelt-Paprotny und Preis empfehlen (2005, S 444) Übungen in der geschlossenen kinetischen Kette gegenüber denen in der offenen kinetischen Kette, den Vorzug zu geben und begründen dies mit der größeren Funktionalität in der Standphase. Dem gegenüber stehen Ergebnisse aus Untersuchungen von z.B. Beinert (2008, S 129), Dargel & Schmidt-Wiethoff (2008, S 238) und Kolt & Snyder-Mackler (2003, S 387), die alle zum Ergebnis kommen, dass nur mit einer Kombination aus Übungen in der geschlossenen kinetischen Kette und Übungen in der offenen kinetischen Kette eine optimale Kräftigung, eine deutlich bessere postoperative Kniegelenksfunktion, sowie eine kürzere Rehabilitationsphase erreicht werden können, was wiederum zu einer Reduktion der Kosten bei effektiverer Therapie führte. Alle zitierten Autorinnen und Autoren fordern jedoch weitere Untersuchungen um einheitliche Nachbehandlungskonzepte erstellen zu können.

Je nach Autorin bzw. Autor wird empfohlen mit den Übungen unmittelbar postoperativ oder aber erst nach zwei bis drei Tagen nach der OP zu beginnen. Üblicherweise wird mit isometrischen Übungen (z.B. Anspannungsübungen zur Kräftigung des M. vastus medialis und des M. quadrizeps) und einfachen Bewegungsübungen (z.B. Vorfuß auf und ab bewegen) begonnen. Begleitet werden diese Übungen von passiven Bewegungen mittels Motorschiene oder durch den Einsatz einer aktiven Bewegungsschiene (z.B. CAMOPED®-Schiene). Weiters wird versucht die Streckung im Kniegelenk zu fördern. Unter Schmerzadaption können

auch Übungen wie Anheben des gestreckten Beines in Rücken- und in Seitenlage durchgeführt werden. Alle Übungen dürfen nur bis zur Schmerzgrenze durchgeführt werden. Ziel dieser Übungen ist die Schmerzlinderung, eine Reduktion der Schwellung, die Thromboseprophylaxe, die Beweglichkeit zu erhalten bzw. zu verbessern und die Muskulatur zu kräftigen. (vgl. Benazzo et al, 2008, S 597; Liebchen et al, 2006, S 425f; Schabus & Bosina, 2007, S 40ff; Kolt & Snyder-Mackler, 2003, S 390; Shelbourne & Lawrance & Noy, 2006, S 290; Petersen & Zantop, 2009, S 239ff; Wiesner, 2009, S 25-27)

In der zweiten und dritten Phase der Rehabilitation, nimmt die Komplexizität der Übungen zu. Zahlreiche Hilfsmittel, wie z.B. kleine Bälle, der Pezziball[®], Thera-Bänder[®] in unterschiedlichen „Stärken“, SportCord[®], Balanceboard bzw. Balancekreisel und Minitrampolin können nun zum Einsatz kommen. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Patientinnen bzw. Patienten Übungen gezeigt bekommen, die sie auch daheim durchführen können. Es ist sicher sinnvoll ihnen zu empfehlen, sich das eine oder andere Hilfsmittel für daheim zu besorgen bzw. sich auszuleihen. Nur wenn die notwendigen Übungsutensilien daheim zur Verfügung stehen, können die gezeigten Übungen auch durchgeführt werden. Es macht also wenig Sinn, ausschließlich Übungen in der Physiotherapiepraxis anzuwenden, für die die unterschiedlichsten Hilfsmittel notwendig sind. In weiterer Folge kann sogar notwendig werden, dass der Besuch eines Fitnesscenters angeraten wird, um z.B. Beinpressen zum Muskelaufbau durchzuführen. In dieser Phase steht die Steigerung der Beweglichkeit und der Muskelaufbau, sowie Koordinationsübungen im Vordergrund. Besonders der Kräftigung des M. vastus medialis, des M. Quadrizeps, sowie den Beinbeugern (M. biceps femoris, M. semitendinosus, M. semimembranosus) wird besondere Beachtung geschenkt. Sobald der Beugeumfang des Kniegelenks es erlaubt, ist das Training auf dem Heimfahrrad bzw. Ergometer erlaubt. Es soll mit geringem Widerstand trainiert werden, sodass runde Tretbewegungen möglich sind. Nach den Übungssequenzen kann es noch immer zu Schwellungen am Kniegelenk kommen. Um dies zu verbessern bzw. wieder zu beheben, werden meist Kältetherapie und/oder Topfenwickel/Topfenumschläge **verordnet**. (vgl. Benazzo et al, 2008, S 597; Liebchen et al, 2006, S 426; Schabus & Bosina, 2007, S 42-48; Kolt & Snyder-Mackler, 2003, S 390; Shelbourne & Lawrance & Noy, 2006, S 290; Petersen & Zantop, 2009, S 241-244; Grifka & Dullien, 2009, S 34-40)

II EMPIRISCHER TEIL

9 Entwicklung des Patientenpasses

Im Rahmen einer optimalen perioperativen Betreuung für Patienten und Patientinnen stellte sich die Frage, wie können diese alle notwendigen und relevanten Informationen erhalten und im Falle, dass sie diese erhalten haben, auch jederzeit wieder abrufen? Ebenso war offen, wie die an der Betreuung beteiligten Professionen (Pflege, Ärzteschaft, Physiotherapie) die Möglichkeit erhalten könnten, alle für sie jeweils relevante Informationen für eine optimale Betreuung, Behandlung und Begleitung ihrer Patientinnen und Patienten immer wieder updaten bzw. einholen zu können. Ein Medium mit und indem alle Personengruppen kommunizieren müsste zum Einsatz kommen. So entstand die Idee, quasi in Anlehnung an den Mutter-Kind-Pass, ein völlig neues Medium zu kreieren, mit welchem diese Anforderungen erfüllt werden können.

Ein wesentlicher Punkt dabei war, „die Pflege“ in dieses Komplettbetreuungskonzept zu integrieren, denn aufgrund der Tatsache, dass Pflegepersonen im momentanen perioperativen Betreuungssetting in Österreich kaum die Möglichkeit haben, Patientinnen und Patienten ausreichend professionell beraten und schulen zu können, scheint es notwendig, die benötigten pflegerelevanten Informationen zumindest in schriftlicher Form bereitzustellen. Dies wird besonders im Bereich von geplanten Eingriffen relevant, bei denen eine nur sehr kurze Krankenhausverweildauer, wie im Falle der Kreuzbandplastik, praktiziert wird.

London schreibt, dass Beratung Patientinnen und Patienten erlauben sollte, überlegte Entscheidungen zu treffen, notwendige Selbstpflegekompetenzen zu entwickeln, eventuell auftretende Probleme zu identifizieren und folglich adäquat darauf reagieren zu können, offene Fragen beantwortet zu bekommen bzw. eventuell notwendige Ansprechpartner für die Beantwortung dieser finden zu können (vgl. London; 2003; S 30).

Diese beratungstechnischen Grundlagen flossen in die Entwicklung des Patientenpasses ein und sollen somit die teilweise fehlende Beratung durch die Pflege, zumindest in schriftlicher Form ergänzen bzw. eventuell, bei völligem Fehlen dieser, sogar ersetzen.

9.1 Ziel des Patientenpasses

Durch die Entwicklung eines Kommunikationsmediums in Form des Patientenpasses, könnte das Fehlen der „Pflege“ in der prä- und großteils auch in der postoperativen Betreuung aufgrund der kurzen Krankenhausverweildauer der Patientinnen und Patienten nach Kreuzbandplastik, zumindest in schriftlicher Form, kompensiert werden. Damit wäre vermutlich gewährleistet, dass Patientinnen und Patienten alle nötigen Informationen für die reibungslose Bewältigung der postoperativen Behandlungsphase aus pflegerischer Sicht erhalten. Mit Schritt für Schritt Anleitungen z.B. für den Verbandwechsel, das Setzen einer Thromboseprophylaxespritze oder das Anlegen eines Topfenwickels im Patientenpass, hätten die Patientinnen und Patienten, bei fehlender bzw. nicht umfassender pflegerischer „Beratung“, diese für ihre Selbstpflege wichtigen Informationen jederzeit auch zu Hause abrufbar.

Auch sämtliche medizinisch relevanten Informationen stehen im Patientenpass zur Verfügung und können jederzeit nachgelesen werden. Ebenso werden individuell vom Arzt/ von der Ärztin festgelegte z.B. Behandlungsziele, Behandlungsschritte oder medikamentöse Verordnungen schriftlich festgehalten, was für die Patientinnen und Patienten wiederum bedeutet, dass sie diese jederzeit abrufen können, andererseits für die Ärzteschaft die Gewissheit gibt, alle für die Behandlung wichtigen Details auch tatsächlich „mit auf den Weg“ gegeben zu haben.

Ebenso verhält es sich mit den Informationen, Behandlungszielen und Übungsempfehlungen der Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Gängige physiotherapeutische Übungen für die prä- und postoperative Phase sind im Patientenpass abgebildet und beschrieben, weshalb auch hier daheim jederzeit die Möglichkeit besteht, diese nochmals nachzulesen bzw. anzusehen. Die Erprobung und Evaluation für den Einsatz und Gebrauch bezüglich der Physiotherapie wird für diese Arbeit nur teilweise möglich sein, da die zu erwartende Probandengruppe ihre Physiotherapie in ganz unterschiedlichen Bereichen (freipraktizierend, in der Gemeinschaftspraxis des Gatekeepers arbeitend, in physikalischen Instituten u. ä.) wählen wird.

Weiters könnte vermutlich durch den Patientenpass auch die Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten, der behandelnden MedizinerInnen bzw. der Physiotherapie, aber auch die Kommunikation zwischen allen beteiligten Professionen verbessert werden. Einerseits hätten die Patientinnen und Patienten ein Medium, in dem alle Informationen rund um die Kreuzbandplastikoperation enthalten und somit jederzeit für sie wieder abrufbar ist, andererseits wüsste das Behandlungsteam damit auch über den Stand der Behandlung, im Bezug auf den Fokus der jeweilig anderen Profession Bescheid.

Coulter, Entwistle und Gilbert schreiben bereits 1999, dass Patientinnen und Patienten Informationen zu folgenden Themenbereichen benötigen: sie müssen verstehen, „*was mit ihnen nicht stimmt*“, sie müssen eine realistische Einschätzung für ihre Prognose gewinnen, sie sollten das „*Meiste*“ aus ihren „*Konsultationsbesuchen*“ herausholen, sie sollten die Prozesse und das Outcome der Behandlungsmöglichkeiten verstehen können, sie sollten ihre Selbstpflege unterstützen können, sie sollten Informationen über angebotene Serviceleistungen und Unterstützungsmöglichkeiten haben, sie sollten dazu angehalten werden bei Bedarf Hilfe anzufordern. Auch diese Forderungen könnten möglicher Weise durch den Einsatz des Patientenpasses erfüllt werden, da, besonders für den Bereich der postoperativen Pflege bzw. „Beratung“, alle wichtigen Informationen in schriftlicher und patientengerecht aufbereiteter Form vorliegen. Ein sich daraus ergebendes Ziel ist der Einsatz des entwickelten Patientenpasses in einer ersten Erprobungsphase. Dabei soll herausgefunden werden, ob sich dieser in der Praxis bewährt und ob er die Erwartungen bezüglich seines Einsatzes erfüllen kann, oder ob Adaptionen bezüglich z.B. der Inhalte, des Layout usw. erfolgen sollten. Dies erfolgte in enger Zusammenarbeit mit einem „Gatekeeper“, sprich einem niedergelassenen Facharzt = Operateur.

Es sollten mit dem Einsatz des Patientenpasses Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie auch die Pflege, vor allem in die präoperative, aber auch in die extramurale postoperative Behandlungs- bzw. Betreuungsphase involviert werden könnte, auch wenn zurzeit keine bzw. nur eine sehr kurze Face-to-Face Betreuung State of the Art ist. Bei der Evaluation des Patientenpasseinsatzes wurden die Patientinnen und Patienten als „Expertinnen und Experten“ befragt, die die Notwendigkeit der (stärkeren) Einbindung der Pflege in den Behandlungsprozess bestätigen bzw. aufzeigen sollen.

Nach Auswertung der Ergebnisse und Einarbeitung der gewonnen Erkenntnisse in den Patientenpass, sollte ein interdisziplinär nutzbares Kommunikationsmedium in schriftlicher Form, zur Begleitung von Patientinnen und Patienten für die prä- und postoperative Behandlung bei Kreuzbandplastikoperationen zum Einsatz in der Praxis zur Verfügung stehen.

Das Hauptaugenmerk für diese Evaluation liegt auf dem Bereich der „Pflege“ und der Kommunikationsverbesserung zwischen den beteiligten Personengruppen (Patientinnen/Patienten, Pflege, Medizin und Physiotherapie) und genießt Priorität.

9.2 Layout des Passes

Dem Layout des Patientenpasses wurde, den im Kapitel 5 in dieser Arbeit betrachteten Grundlagen folgend, große Aufmerksamkeit geschenkt. Die getroffenen Überlegungen werden nachfolgend in Unterkapiteln erläutert und begründet.

9.2.1 Schriftwahl

Für die Schrift im Patientenpass wurde eine Serifenschrift ausgewählt, da diese leichter lesbar ist. Dabei sollten die Punzen deutlich erkennbar sein und das Verhältnis von Mittellänge, Oberlänge, Unterlänge und Versalhöhe zueinander optimal stehen. Auch der Schriftproportion wurde Aufmerksamkeit geschenkt, damit eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Buchstaben im Text dargestellt wird.

Als Schrift wurde somit die proportionale Serifenschrift „Bookman Old Style“ ausgewählt, die alle vorab erwähnten Gesichtspunkte aufweist:

9.2.2 Text hervorhebungen

Text hervorhebungen sind im Fließtext nur sehr sparsam eingesetzt worden, z.B. um besonderes Augenmerk auf gewisse Formulierungen zu legen. Dabei wurde versucht, konsistent im Patientenpass immer die gleiche Hervorhebung für ähnliche Formulierungen anzuwenden. Z.B. für besonders wichtige Dinge, die auch „Gefahr“ bedeuten könnten wurde die Farbe Rot verwendet. Fettdrucke wurden für wichtige Ausdrücke verwendet. Weiters wurde der Text in Kapitel geordnet und somit Überschriften mit Listenebenen eingesetzt, um eine bessere Übersichtlichkeit und Orientierung im Patientenpass zu erreichen bzw. zu ermöglichen.

Eine weitere Form der Hervorhebung wurde im Patientenpass eingesetzt, nämlich die farbliche Zuordnung der Inhalte zu den Bereichen: Pflege = blau, Medizin = rot und

Physiotherapie = grün. Dies wurde mittels Farbkodierungen jeweils im rechten Textseitenrand durchgeführt. So ist für die LeserInnen sofort erkennbar, um welche Inhalte es sich auf der jeweiligen Seite handelt. Die Farben wurden insofern gewählt, dass in Wien in den öffentlichen Krankenhäusern, den jeweiligen Berufsgruppen für die Identifikation auf den Namensschildern auch diese Farben zugeordnet werden und somit eventuell ein Wiedererkennungswert (zumindest im Wiener Raum) besteht.

9.2.3 Schriftgröße

Bei der Schriftgröße wurde die 12 Didot-Punkte Größe für die Fließtexte verwendet, die für Beratungsmaterial empfohlen wird. Sie ist groß genug, damit sie von den meisten Patientinnen und Patienten gut gelesen werden kann. Variationen davon werden bei Überschriften (14 und 16 Didot-Punkte) und bei Bildunterschriften (9 und 10 Didot-Punkte) eingesetzt.

9.2.4 Zeilenfall, Zeilenabstand

Für die Fließtexte im Patientenpass wurde ein linksbündiger Flattersatz gewählt. Dies liegt darin begründet, dass zusammengehörige Wortgruppen blicktechnisch leichter erfassbar sind, da sie nicht durch „auseinanderziehen“ wie z.B. beim Blocksatz üblich, künstlich gestreckt werden. Außerdem wird der Weißanteil des Textes durch den Einsatz des Flattersatzes erhöht, was wiederum zu einer Steigerung der Leserlichkeit führt.

Beim Zeilenabstand wurde auf eineinhalbzeilig eingestellt, da dadurch ebenfalls ein größerer Weißanteil im Text erhalten wird.

9.2.5 Seitengestaltung; Bildmaterial

Für die Gestaltung der einzelnen Seiten wurden, je nach Inhalt, unterschiedliche Kriterien festgelegt. Für Textseiten, die fast alle durch Grafiken und Abbildungen aufgelockert wurden, galt, dass eine Gliederung (wie bereits erwähnt) durchgeführt wurde. Wie für Beratungsmaterial empfohlen, wurde darauf geachtet nicht mehr als drei Gliederungsebenen zu verwenden.

Bei den Abbildungen wurde auf das Gesetz der Nähe geachtet, damit die Beschriftungen und das Bild mit einem Blick vom Auge erfasst werden können. Auch auf genügend Weißräume rund um die Abbildung wurde geachtet, damit den Augen der LeserInnen genügend Entspannung nach der konzentrierten Betrachtung, der oft aufwändigen Abbildungen, gegeben wird. Für die medizinischen Abbildungen wurde auf Grafiken zurückgegriffen. Dies liegt darin begründet, dass Realabbildungen eventuell für die BetrachterInnen zu „blutig“ sein könnten. Bei den Abbildungen zur Physiotherapie, Wundpflege, Thromboseprophylaxe und Topfenwickel wurde auf Realfotos in Farbe zurückgegriffen. Für realistische Darstellungen, besonders wenn damit quasi eine Schulungsunterlage ausgestattet werden soll, sind Realfotos besser geeignet, als z.B. Zeichnungen.

Weiters wurden die Grauräume, also der komplexe Fließtext, versucht regelmäßig aufzulockern, um den LeserInnen nicht ein Gefühl von „da liegt viel Lesearbeit vor mir“ zu vermitteln.

Für Tabellen bzw. zu beschreibenden Textfeldern lag das Augenmerk darauf, sie optimal auf der Textseite zu verteilen und diese in die Textpassagen einzugliedern, damit sich ein stimmiges und ansprechendes Gesamtbild der Patientenpasseite ergibt.

9.3 Definition und Begründung der Inhalte

Für den Aufbau des Patientenpasses waren mehrere Schritte notwendig. Ein Teil der notwendigen Inhalte konnten sowohl aus eigener Erfahrung in beruflicher Sicht, als auch als Patientin, die eine Kreuzbandplastik erhalten hatte, definiert werden. Dies betrifft vor allem sämtliche pflegerische Inhalte und auch Inhalte bezüglich des Verhaltens der Patientinnen und Patienten daheim, vor allem in der postoperativen Phase. Nachfolgend wird eine kurze Übersicht über die Inhalte der einzelnen Kapitel des Patientenpasses gegeben, die sich auch im Inhaltsverzeichnis wiederfinden. Sämtliche Inhalte des Patientenpasses beruhen auf den zurzeit üblichen und wissenschaftlich belegbaren Grundlagen, Methoden und Praktiken, wie in den vorangehenden Kapiteln in dieser Arbeit ausgeführt und beschrieben wurde.

In einem ersten Kapitel muss Sinn und Zweck des Patientenpasses für die BenutzerInnen⁴⁹ klar und verständlich vermittelt werden. Nur wenn alle an der Nutzung Beteiligten wissen, wie sie damit umgehen sollen, welchen Zweck der Einsatz des Patientenpasses verfolgt und welche Inhalte darin zu finden sind, kann davon ausgegangen werden, dass sein Einsatz auch erfolgreich sein kann.

Im zweiten Kapitel befinden sich hauptsächlich medizinische Informationen. Nach zahlreichen und ausführlichen interdisziplinär geführten Gesprächen, konnten alle relevanten Informationen definiert werden, die für die Patientinnen und Patienten notwendig sind, um die Komplexität einer Bandverletzung im Kniegelenk mit nachfolgender operativer Rekonstruktion des rupturierten Kreuzbandes verstehen zu können. Dabei sind Grundlagenwissen zur normalen Funktion des Kniegelenkes mit all seinen Strukturen, zu den unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten bzw. Behandlungsformen, zu Medikamenten die zum Einsatz kommen, sowie Informationen zu den Patientinnen und Patienten selbst und zu Operation und Narkose festgehalten. Dieses Wissen ist für die Patientinnen und Patienten notwendig, um in Folge genügend Verständnis für die Aufwendigkeit der Rehabilitationsphase aufbauen zu können. Nur wenn die Patientinnen und Patienten sich bewusst darüber sind, dass sie selber einen wesentlichen Anteil am Outcome nach der Kreuzbandplastik haben, indem sie regelmäßig und konsequent physiotherapeutische Übungen und die

⁴⁹ Als BenutzerInnen sind Patientinnen bzw. Patienten, MedizinerInnen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Pflegepersonal und gegebenen Falles auch Angehörige zu verstehen.

vorgeschriebenen Trainingsphasen durchführen, kann langfristig gesehen der Erfolg der Operation gewährleistet werden.

Das dritte Kapitel ist der perioperativen Phase gewidmet. In ihm wird definiert welche Untersuchungen präoperativ zu absolvieren sind, dass Physiotherapie bereits präoperativ sinnvoll ist, um die Muskulatur im betroffenen Bein aufzubauen und bereits Übungen, die in den ersten postoperativen Tagen durchgeführt werden sollen zu erlernen. Weiters findet sich hier eine Checkliste für die essentiellen Dinge, die ins Krankenhaus mitgenommen werden müssen, sowie Informationen für die notwendigen Hilfsmittel nach der Operation daheim. Dies ist notwendig, da die Patientinnen und Patienten in der Regel präoperativ von den MedizinerInnen nicht genau darauf vorbereitet werden, was sie zu Hause vorbereiten sollen. Möglicher Weise liegt dies darin begründet, dass die MedizinerInnen davon ausgehen, die Patientinnen und Patienten würden die notwendigen Informationen im Krankenhaus erhalten.

Im Kapitel vier ist das Hauptthema der Aufenthalt im Krankenhaus bzw. die Entlassung nach Hause. Hier werden Verhaltensregeln für Themen wie z.B. die Wundpflege, Körperpflege und allgemeines Verhalten zu Hause gegeben. Weiters sind die Physiotherapie in der postoperativen Phase und der ersten Woche daheim thematisiert. Auch medizinische Informationen zur Entlassung werden festgehalten. Besonders die pflegerischen Parts in diesem Kapitel sind speziell auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zugeschnitten und adaptiert.

In den nächsten beiden Kapiteln, fünf und sechs, werden für Arzt- und Physiotherapietermine Seiten bereitgestellt. Diese sind im Umfang vorhanden, der der momentan gängigen Nachuntersuchungspraxis sowohl für die Arztkontrolltermine, als auch für die Physiotherapietermine entspricht. Die Seiten sind so vorbereitet, dass Schritt für Schritt alle notwendigen Anteile eines Kontrollbesuches abgehandelt werden. Dabei können die wichtigsten Informationen für die Patientinnen und Patienten in Stichworten festgehalten werden, damit diese jederzeit daheim wieder abrufbar sind. Für die Physiotherapieübungen gilt Ähnliches. Die Übungen aus Kapitel sieben können mittels der Nummern festgehalten werden und durch individuell für die Patientinnen und Patienten angepasste Hinweise adaptiert werden. Für Beide Anteile gilt, dass Ziele gemeinsam mit Patientinnen und Patienten und

MedizinerInnen bzw. Physiotherapeutinnen und -therapeuten für den nächsten Termin vereinbart und auch festgehalten werden können. Mit solchermaßen formulierten Zielen werden die Patientinnen und Patienten schrittweise durch die Rehapphase begleitet und sie erhalten damit die Sicherheit, dass sie selber maßgeblich an ihrer Genesung beteiligt sind und bei der Entscheidungsfindung immer einbezogen werden.

Wie bereits erwähnt, finden sich im Kapitel sieben die wichtigsten Übungen für die Rehapphase fotodokumentiert. Parallel dazu werden in einfachen Worten die Übungen beschrieben. Somit haben die Patientinnen und Patienten jederzeit die Möglichkeit nachzulesen und selbst zu kontrollieren, ob die Übungen korrekt durchgeführt werden.

In den Kapiteln acht und neun werden in Schritt für Schritt Anleitungen Informationen bezüglich Topfenumschlag und Thrombosespritze bereitgestellt. Da diese Informationen von den MedizinerInnen meist nicht in ausreichender Form gegeben werden und aus eigener Erfahrung auch im Krankenhaus nur marginal Erwähnung finden, kann davon ausgegangen werden, dass diese für die Patientinnen bzw. Patienten wichtigen Punkte eine detaillierte Aufarbeitung notwendig machen, um, speziell für die Thromboseprophylaxe, die Wichtigkeit herausarbeiten zu können.

Im letzten Kapitel wird noch eine Übersicht über Fachbegriffe gegeben, mit denen die Patientinnen und Patienten im Laufe ihrer Behandlung konfrontiert werden könnten. Einerseits kann dies bei Befundbeschreibungen, aber auch in direkten Gesprächen mit medizinischem Personal geschehen. Um hier Klarheit zu schaffen, wurde der Patientenpass mit diesem Kapitel beschlossen.

9.4 Pflegerische Inhalte

Bei der Erstellung dieses multiprofessionell zu nutzenden Mediums wurde sehr schnell klar, dass aufgrund des Fehlens der „Pflege“ in der Vorbereitungsphase auf die OP und vor allem danach, den pflegerischen Inhalten Beachtung zu schenken ist. In der zurzeit üblichen Organisation eines Operationsgeschehens in Österreich, gibt es für die Pflege kaum die Möglichkeit sich in die Patientinnen- und Patientenbetreuung einzubringen. Auch sobald die Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus in häusliche Pflege entlassen wurden, fehlt diese pflegerische „Begleitung“ für post OP Patientinnen und Patienten hierzulande. Einzig die MedizinerInnen und eventuell auch die Physiotherapie stehen den Patientinnen und Patienten in dieser ersten Phase der Gesundung als AnsprechpartnerInnen zur Verfügung. Es gibt für sie keine Möglichkeit, wertvolle Tipps und Hinweise für das Handling des täglichen Lebens und den Umgang mit dem frisch operierten Knie, von Seiten der Pflege zu erhalten. Diese Tatsachen waren Grund genug, pflegerelevante Informationen im Patientenpass zu platzieren, um diese Defizite zumindest in schriftlicher Form, auszugleichen und den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit zu eröffnen, Informationen zu erhalten. Diese Informationen decken alle möglichen Bereiche einer postoperativen, pflegerischen Patientinnen- und Patientenbetreuung ab und orientieren sich am Pflegemodell von Orem und Juchlis ATLs⁵⁰. Die Entscheidung diese beiden theoretischen Grundlagen der Pflege zu verwenden, war eine pragmatische. Im ostösterreichischen Raum wird Pflegepersonal während seiner Ausbildung hauptsächlich auf diese Modelle geschult und der größte Krankenhausbetreiber Österreichs, der KAV⁵¹Wien, legt seine Pflegedokumentation dem Modell von Orem zugrunde und ist nach den ATLs strukturiert. Somit ist anzunehmender Weise der Aufbau und die Inhalte der pflegerelevanten Seiten, für das Pflegepersonal nachvollziehbar und vertraut, wenn diese mit dem Patientenpass im Krankenhaus arbeiten würden. Es werden alle ATLs angesprochen, einzig auf die ATL „*Sinn finden*“ wird nicht näher eingegangen. Im Kapitel 4 des Patientenpasses (siehe Anhang) werden, zuerst die perioperative Phase im Krankenhaus und ab Kapitel 4.7 auch das Verhalten zu Hause angesprochen.

⁵⁰ ATL = Aktivitäten des täglichen Lebens

⁵¹ KAV = Wiener Krankenanstalten Verbund

In einem aktuellen Artikel von Schnell (2010, S. 39ff) finden die vorab genannten Überlegungen zum Aufbau und Gliederung der pflegerischen Inhalte nach Orem und Juchli, Bestätigung, äußert sich für ihn die Selbstsorge eines Menschen in der täglichen Lebensführung in den ATLs. Pflegebedürftigkeit eines Menschen sieht er in der Beeinträchtigung der Selbstsorge. Ein Problem der heutigen Zeit ist für ihn die Reduktion der Patientenkontaktzeit im Krankenhaus, da der Fokus in der Betreuung weitgehend auf die medizinischen Diagnosen gelegt wird, was sich gravierend auf die Pflege der Patientinnen und Patienten auswirkt. Ein wesentliches Manko sieht er in der Reduktion der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten, das Krankenhaus wird somit zu einem „Reparaturbetrieb“. Das will heißen, dass die Krankheiten und Verletzungen zwar im Krankenhaus therapiert bzw. repariert werden, gesund jedoch werden die Patientinnen und Patienten daheim. Aus diesem Grund muss die Akutpflege in der kurzen Kontaktzeit, die ihr noch bleibt, extrem effizient darin sein, die Selbstpflege der Patientinnen und Patienten möglichst zu erhalten, gegebenen Falles ein Selbstpflegedefizit rasch entdecken und Hilfestellungen für das Management der Selbstpflege daheim zu geben. Der ambulanten Fachkrankenpflege sollte seiner Meinung nach in der Zukunft weitere Bedeutung zugestanden werden. In Österreich ist die ambulante (medizinische) Krankenpflege für Akutpatientinnen und –patienten nicht relevant, da in der Regel keine Einstufung in eine Pflegestufe für diese kurze Zeit durchführbar ist, um ambulante Pflege mit den Krankenkassen verrechnen zu können. Aus diesem Grund benötigen die Patientinnen und Patienten alle für ihre Selbstpflege relevanten Informationen in der postoperativen Phase aufbereitet, zumindest in schriftlicher Form. Dies wird mit den Inhalten des Patientenpasses gewährleistet.

9.4.1 Wundpflege

Oftmals wird der Verbandwechsel (Verordnung von Verbandstoffen ist ärztliche Aufgabe) zwar vom ärztlichen Personal angeordnet, die Durchführung obliegt allerdings häufig dem Pflegepersonal. Ebenso verhält es sich mit der Aufklärung der Patientinnen und Patienten dabei. Sie erfahren vom Pflegepersonal, wie und womit sie daheim ihre Wunden versorgen sollen. Aus diesem Grund wird der Verbandwechsel im Patientenpass auch dem pflegerischen Inhaltsteil zugeordnet.

Für die postoperative Anwendung, besonders im ambulanten Bereich, wo ein Verbandwechsel von Fachpersonal derzeit nach einer Kreuzbandersatzoperation nicht möglich ist, eignen sich Folienverbände besonders gut. Dies einerseits deshalb, weil ein täglicher Verbandwechsel durch den Einsatz von Folienverbänden nicht erforderlich ist, wodurch sich das Risiko für eine Wundinfektion aufgrund von eventuell unsachgemäßer Handhabung des Verbandmaterials und der Wunde deutlich reduzieren dürfte und andererseits den Bedürfnissen der meisten Patientinnen und Patienten zu Duschen, aber trotzdem einen „Wundschutz“ angelegt zu haben, Rechnung getragen werden können. Im günstigsten Fall müssen die Patientinnen und Patienten in der Zeit zwischen Entlassung (meist am 2.-3. postoperativen Tag) aus dem Krankenhaus und dem ersten Kontrolltermin (meist zwischen 7-10. Tag p. OP) in der Arztpraxis gar keinen Verbandwechsel durchführen. Falls dies doch erforderlich sein sollte, ist mit der gegebenen Anleitung im Patientenpass der Folienverband relativ leicht anwendbar. Weiters haben die Patientinnen und Patienten jederzeit die Möglichkeit ihre Wunde zu betrachten, um diese beurteilen zu können und müssen dafür keinen Verbandwechsel durchführen. Diese Punkte sprechen für den Einsatz von Folienverbänden besonders im ambulanten Setting.

Aus diesen Gründen wurde, gemeinsam mit Altenburger in seiner Funktion als Gatekeeper, denn *„Wundbehandlung ist Teamarbeit“* (Behret, 2000, S. 171) der Folienverband für die postoperative Wundversorgung als ideale Wundauflage bzw. idealer Wundschutz festgelegt und folglich für den Verbandwechsel eine detaillierte Beschreibung im Patientenpass implementiert. Im Kapitel 4.5 „Wundpflege“ (siehe Patientenpass im Anhang) wird das Thema Verbandwechsel behandelt. Die Wundbeobachtung, die Organisation und Durchführung des Verbandwechsels usw. müssen in der Regel von den Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörigen daheim selbst übernommen werden. (vgl. Behret, 2000, S. 171f)

Um dieser Herausforderung gerecht werden zu können, selbst falls im Krankenhaus keine Einschulung bezüglich eines korrekten Verbandwechsels durchgeführt wurde, sind Grundlageninformationen im Patientenpass in schriftlicher Form gegeben und mittels Fotodokumentation ergänzt. Somit sollte diese Anleitung den Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörig ermöglichen, daheim selbstständig einen korrekten Verbandwechsel durchzuführen. Weiters sind Hinweise enthalten, bei welchen Veränderungen sofort Kontakt mit dem behandelnden Ärzteteam aufgenommen

werden muss. Auf eine Dokumentation von Komplikationszeichen (z.B. Wundinfektion) wurde bewusst verzichtet, um die Patientinnen und Patienten nicht zu verunsichern. Der Patientenpass soll nicht die „Visitenfunktion“ des Arztes bzw. der Pflege ersetzen, sondern nur unterstützend eingesetzt werden.

9.4.2 Kältetherapie = Kryotherapie

Im Patientenpass werden die Empfehlungen zur Kältetherapie im Rahmen des Kapitels 3.4 „notwendige Hilfsmittel nach der Operation“ (siehe Anhang) gegeben. Die Durchführung wird beschrieben und der Hinweis, dass der „Eisbeutel“⁵² niemals direkt auf die Haut aufgebracht werden darf, wird explizit gegeben. Dies geschieht in der Farbe ROT, um die besondere Aufmerksamkeit der Patientinnen und Patienten auf diesen wichtigen Hinweis zu lenken. Ebenso werden Hinweise über die benötigte Größe des Eisbeutels, sowie über die Dauer der Anwendung gegeben.

9.4.3 Topfenumschlag, Topfenwickel

Die genaue Durchführung eines Topfenwickels wird im Patientenpass im Kapitel 8 (siehe Anhang) Schritt für Schritt beschrieben. Auch alle wesentlichen Informationen bezüglich der Wirkung und der Anwendung sind dort nachzulesen. Ergänzt wird die schriftliche Anleitung und Information durch eine Fotodokumentation. Die Patientinnen und Patienten sollten die Informationen bezüglich Topfenumschlag im Krankenhaus durch das Pflegepersonal erhalten, aber Altenburger verordnet häufig bereits in der präoperativen Phase (z.B. wenn die Patientinnen und Patienten einen erheblichen Gelenkserguss oder starke Schmerzen haben) die Anwendung eines Topfenumschlages. Detaillierte Informationen zur Durchführung werden aber laut seinen Aussagen von den MedizinerInnen in der Regel dafür nicht gegeben und da die Pflege, wie bereits mehrmals erwähnt, in der präoperativen Phase in Österreich nicht präsent ist, muss diese Information den Patientinnen und Patienten zumindest in schriftlicher Form ausführlich zur Verfügung gestellt werden, damit sie in die Lage versetzt werden, diese Therapieanordnung auch korrekt umsetzen zu können.

⁵² Der Terminus „Eisbeutel“ steht für alle eventuell zum Einsatz kommenden Kühlmedien

9.5 Medizinische Inhalte

Im ersten Unterkapitel der „Medizinischen Inhalte“ werden Informationen zum Kniegelenk, der Kreuzbandverletzung, möglicher Therapieformen (konservativ oder operativ), sowie über Medikamente gegeben. Alle Inhalte können mittels Fachliteratur und aktueller Fachartikel bzw. Studien belegt werden und entsprechen somit der momentan gängigen Praxis. Weitere Inhalte im Bereich der medizinischen Informationen sind die Kapitel „Wichtige Informationen für den Arzt“, Aufklärungsbogen für die Operation und der Aufklärungsbogen für die Anästhesie. Diese Bereiche dienen einerseits als Kommunikationsmedium für die Patientinnen und Patienten mit den MedizinerInnen, andererseits ermöglichen sie allen an der Behandlung beteiligten Personen einen Einblick über wesentliche Informationen bezüglich des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten, ebenso wie der gegebenen Informationen von z.B. den Operateurinnen und Operateuren bzw. den Anästhesistinnen und Anästhesisten.

Diese Inhalte wurden mit Altenburger⁵³ abgeglichen, der die medizinisch wissenschaftliche Beratung an der Definition der medizinischen Inhalte übernommen hatte. Er fungierte auch als Gatekeeper und erprobte den Einsatz des Passes von ärztlicher Seite.

9.5.1 Das Kniegelenk = *Articulatio genus*

Hauptaugenmerk soll auf die Beschreibung der Kreuzbänder, hier vor allem auf das vordere Kreuzband gelegt werden. Dies liegt darin begründet, dass die Verletzung und die Versorgung des vorderen Kreuzbandes Schwerpunktthema des Patientenpasses ist, weshalb ihm ein eigenes Unterkapitel gewidmet wird. Im Patientenpass wird diese Information extreme vereinfacht und komprimiert wiedergegeben. Das Verständnis der Komplexität des Zusammenspiels der einzelnen „Bestandteile“ und der Funktion dieses Gelenkes ist aber essentiell, um den Patientinnen und Patienten zu vermitteln, wie wichtig eine adäquate Therapie und in Folge die Rehabilitation ist. Es ist zwar einerseits wichtig einen gewissen Überblick über die Zusammensetzung des Kniegelenkes zu geben, aber andererseits sollen die Patientinnen und Patienten

⁵³Dr. ALTENBURGER: Unfallchirurg und Diplomsportarzt, Betreuer der österreichischen Ski-Nationalmannschaften, Betreuer und Sportarzt zahlreicher Sportvereine, wissenschaftlicher Leiter des sportmedizinischen Kongresses „Sportärztwoche Kaprunn, Zell/See“, Vorstandsmitglied der GOTS (Gesellschaft f. orthopädische und traumatologische Sportmedizin)

nicht mit medizinischer Fachinformation überfrachtet werden. Der knappe Überblick im Patientenpass ist quasi die Grundlage des notwendigen Wissens, das von den behandelnden MedizinerInnen und der Physiotherapie vermittelt wird, wobei dabei aber bedacht werden muss, dass die Patientinnen und Patienten in der Regel keine medizinisch vorgebildeten Personen sind, sondern Laien. Aus diesem Grund wurde darauf geachtet, nur die wesentlichsten Informationen in einfacher und verständlicher Sprache festzuhalten. Falls die Patientinnen und Patienten mehr und detailliertere Informationen einfordern, sollte diesem Bedürfnis vom Behandlungsteam nachgekommen werden. (siehe Patientenpass im Anhang, Kapitel 2 Medizinische Informationen, Punkt 2.1 Informationen zum Kniegelenk)

9.5.2 Diagnostik der Kreuzbandruptur

Zur Diagnostik bzw. Untersuchungsmethoden wird im Patientenpass nur ein grober Überblick gegeben. Dieser dient zur Orientierung der Patientinnen und Patienten. Siehe hierzu Kapitel 2, Punkt 2.1 des Patientenpasses. Die Aufklärung bezüglich der zur Anwendung kommenden Untersuchungsmethoden ist und soll auch in Zukunft Aufgabe der behandelnden MedizinerInnen bleiben. Auch hier gilt, dass auf Wunsch der Patientinnen und Patienten detaillierte Informationen durch die behandelnden MedizinerInnen gegeben werden müssen. Lediglich der Vollständigkeit halber finden die möglichen Untersuchungsmethoden Erwähnung im Patientenpass, denn keines Falles soll und darf der Patientenpass die Aufklärung durch die Ärzteschaft ersetzen.

9.5.3 Mögliche Behandlungsformen: konservativ oder operativ

Bei einem Riss der LCA sind prinzipiell zwei Behandlungsformen möglich. Die eine wäre die konservative Therapie, das bedeutet das gerissene Kreuzband wird nicht mittels Operation rekonstruiert und ersetzt. Die zweite Option wäre die operative Therapie und der Ersatz des gerissenen LCA. Auf welche Methode die Entscheidung fällt, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Jedenfalls muss diese Entscheidung immer gemeinsam von Patientinnen bzw. Patienten und MedizinerInnen getroffen werden. Um dazu in der Lage zu sein, ist es unumgänglich, dass die Patientinnen und Patienten alle nötigen Informationen (z.B. Vor- und Nachteile der beiden Optionen, Indikation für bzw. gegen eine Operation), sowohl bezüglich konservativer, als auch operativer Methode von den behandelnden MedizinerInnen erhalten. Siehe dazu im Patientenpass im Anhang, in Kapitel 2.2 „Welche Behandlungsformen gibt es?“ und in Kapitel 2.3 „Welche Operationsmethoden gibt es?“

9.5.3.1 Konservative Therapie

Im Patientenpass findet sich zu diesem Punkt im Kapitel „2.2.1 konservative Therapie“ ein detaillierter Überblick über die Voraussetzungen für eine konservative Versorgung. Es bleibt nicht unerwähnt, dass eine aufwendige Physiotherapie und lebenslanges Muskel- und Propriozeptionstraining durchzuführen ist und dass davon ausgegangen werden muss, dass mit einer vollständigen Wiedererlangung der Sportfähigkeit wie vor dem Trauma nicht gerechnet werden kann.

9.5.3.2 Operative Therapie

Bezüglich der operativen Therapie werden heute hauptsächlich zwei Operationsmethoden eingesetzt. Methode eins ist der Kreuzbandersatz mittels Semitendinosus/Gracilis Plastik und Methode zwei ist der Kreuzbandersatz mittels Patellasehne. Es finden sich kurze Beschreibungen der Vorgehensweise bei der Operation im Patientenpass, ebenso sind Abbildungen von Kniegelenken an denen Zeichnungen bezüglich der Schnittführung bzw. der Transplantatanlegung von den MedizinerInnen durchgeführt werden können.

9.5.4 Transplantatwahl

Im Patientenpass werden die Operationstechnik mit der Patellarsehne und den Hamstringsehnern (Semitendinosus- und Gracilissehne) als Transplantatsource näher beschrieben und mit Abbildungen versehen. Es wird die Form der Einbündeltechnik beschrieben. Dies soll für die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit geben, daheim in Ruhe sich nochmals mit den möglichen Operationstechniken auseinander zu setzen, abzuwägen für welche sie sich gemeinsam mit dem/r OperateurIn entscheiden werden. Dies ist in den Kapiteln 2.3.1 und 2.3.2 im Patientenpass nachzulesen. Auch hier gilt, dass der Patientenpass keinesfalls die Aufklärung und Beratung durch die MedizinerInnen ersetzen soll und kann, sondern lediglich die Möglichkeit des Nachlesens der erhaltenen Information gewährleistet.

Für die Wahl des Transplantates gilt, dass sowohl die Patellasehne, als auch die Hamstringsehnern (Semitendinosus- und Gracilissehne) heutzutage die am häufigsten verwendeten Transplantate für den Ersatz des vorderen Kreuzbandes sind. Beide liefern zufriedenstellende Resultate im Bezug auf Stabilität und Funktionalität, wobei im Moment den Hamstringsehnern der Vorzug gegeben wird und sie als „State of the Art“ für den vorderen Kreuzbandersatz zum Einsatz kommen.

Als Alternative dieser beiden Transplantatsourcen wird der mittlere Teil der Quadrizepssehne gesehen, wobei dies im Moment nur als Alternativtransplantat oder in der Revisionschirurgie eingesetzt wird, weshalb sie im Patientenpass nur erwähnt, aber nicht näher beschrieben wird.

Allografts wird nach Rücksprache mit Altenburger (2007) im Patientenpass keine Aufmerksamkeit gewidmet, da diese für den Primäreinsatz zurzeit in Österreich nicht oder nur kaum Verwendung finden. Bei Änderung dieser Umstände müsste der Patientenpass um diese Transplantatvariation erweitert werden.

9.5.5 Einsatz von Orthesen

Auch Altenburger setzt bei seinen Patientinnen und Patienten immer eine Hartrahmenorthese, zumindest für die ersten Wochen nach der OP, ein. So ist z.B. im Patientenpass diese bereits auf der Checkliste für das Krankenhaus vermerkt und besonders hervorgehoben, damit die Patientinnen und Patienten diese (falls sie bereits präoperativ verordnet wurde) auf alle Fälle auch ins Krankenhaus mitnehmen. Falls die Patientinnen und Patienten präoperativ keine Orthese verwenden mussten, erhalten sie diese im Krankenhaus. Die Orthese wird noch im OP angelegt, muss anfänglich 24 Stunden getragen werden.

Auf den Seiten „Meine Arzttermine“ im Kapitel 5 des Patientenpasses, ist beim Punkt Hilfsmittel auch eine Spalte für die Einstellung (=Bewegungslimitation) der Orthese vorbereitet. Hier kann genau definiert werden, wann und wie die Orthese getragen werden soll. Diese Dokumentation erlaubt wiederum den behandelnden PhysiotherapeutInnen Rückschlüsse im Bezug auf den von den MedizinerInnen genehmigten Bewegungsumfang zu ziehen und die Übungen für die Patientinnen und Patienten individuell auf diese Vorgaben abzustimmen.

9.5.6 Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie nach Kreuzbandplastik umfasst im Wesentlichen drei Schwerpunkte: die antithrombotische Therapie bzw. Thromboseprophylaxe, die Schmerztherapie und die Prävention von gastroduodenalen Begleiterscheinungen wie Gastroduodenitis und Ulzerationen (= „Magenschutz“). Zu allen drei Unterpunkten sind die wesentlichsten Informationen auf Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Informationen zum Zeitpunkt der Erstellung des Patientenpasses (2007) enthalten. Aufgrund der Tatsache, dass inzwischen neue wissenschaftliche Erkenntnisse im

Bezug auf die antithrombotische Therapie vorliegen, werden diese hier der Vollständigkeit halber erwähnt, haben aber noch keine Berücksichtigung im Patientenpass gefunden. Diese veränderten Therapieoptionen müssten in einem überarbeiteten Patientenpass ergänzt werden. Ansonsten wird auch durch aktuelle Literatur (nach Erstellung des Patientenpasses) die Vorgehensweise im Patientenpass bestätigt und der Beweis dafür erbracht, dass die Inhalte des Patientenpasses mit der momentan gängigen Praxis korreliert, was auch die Studie von Müller-Rath et al (2010) zum Thema „Perioperatives Management in der ambulanten arthroskopischen Chirurgie des Kniegelenkes“, bestätigt. Sie kommen zum Schluss, dass z.B. Thromboseprophylaxe (96% der Befragten führen diese mittels niedermolekularer Heparine durch) weitgehend standardisiert zum Einsatz kommt. In anderen Bereichen, wie z.B. der Schmerztherapie oder dem Magenschutz gibt es teilweise erhebliche Unterschiede zwischen den Befragten. Außer Zweifel bleibt aber für Müller-Rath et al, dass bei einer kurzen Patienten-Arzt-Kontaktzeit ein gut organisiertes perioperatives Management vorhanden sein muss, damit Komplikationen möglichst verhindert werden können. Als Hauptkomplikationen in der arthroskopischen Chirurgie zählen für sie die Infektion und die Thrombose.

9.5.6.1 Thromboseprophylaxe

Ein weiterer Punkt der immer wieder thematisiert wird ist die dringend notwendige adäquate Schulung und Information, bezüglich der Notwendigkeit und Wichtigkeit einer optimalen Thromboseprophylaxe, der Patientinnen bzw. Patienten und ihrer Angehörigen, zumal diese häufig die Verabreichung der Spritzen durchführen. Besonders Collins et al (2010, S 84ff) sehen hierzu die Rolle der Pflege in einem völlig neuen Licht. In ihrer Untersuchung konnten sie feststellen, dass die Pflege hier einen wichtigen Anteil (z.B. Risikoerfassung, Schulung der Patientinnen/Patienten und der Angehörigen, Erstellung von schriftlichem Beratungsmaterial) übernehmen sollte, um die Qualität der Behandlung und die PatientInnencompliance zu verbessern, besonders wenn diese nur kurze Kontaktzeiten im Krankenhaus haben.

Dieser Ansatz wird auch im Patientenpass verfolgt. Eine detaillierte schriftliche Information zur Wichtigkeit der Thromboseprophylaxe, die Dauer der Durchführung dieser und eine Schritt für Schritt Anleitung ergänzen die Face-to-Face Aufklärung und Beratung durch die behandelnden MedizinerInnen bzw. das Pflegepersonal. Auch hier wird den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit gegeben, daheim nochmals

in Ruhe nachlesen zu können und die erhaltenen Informationen zu verinnerlichen. Dies ist besonders wichtig, bedenkt man, dass die medikamentöse Thromboseprophylaxe meist auch noch Tage bis Wochen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus weitergeführt werden muss. Nur wenn wirklich verstanden wurde welche Wichtigkeit diese Therapie hat, werden sie dazu bereit sein über Tage und Wochen sich täglich eine Injektion zu verabreichen.

Von einigen Autorinnen und Autoren werden auch medikolegale Aspekte bezüglich der Anwendung einer Thromboseprophylaxe thematisiert. Das bedeutet, dass bei Auftreten einer Thrombose in Folge eines operativen Eingriffes und bei Einbringen einer Klage der Betroffenen, es zu einer strafrechtlichen Betrachtung des Falles kommt. Dabei werden nicht nur grobe Behandlungsfehler begutachtet, sondern auch jegliches Fehlverhalten (z.B. nicht leitlinienkonformes Therapieverhalten der MedizinerInnen, nicht ausreichende Aufklärung und Information, nicht Erheben des individuellen Thromboserisikos). Grifka et al (2004, S 770) plädieren daher für den Einsatz einer Thromboseprophylaxe bei Vorliegen eines Thromboserisikos, wenn der Einsatz der Thromboseprophylaxe mit deren Risiken und Nebenwirkungen nicht mit größerem Risiko verbunden ist, als die Gefahr des Auftretens einer VTE. Dabei muss auch beachtet werden, dass Punkte wie eine falsche Risikoeinschätzung, eine inadäquat dosierte Prophylaxe, oder eine unzureichende Aufklärung bei der richterlichen Begutachtung Beachtung finden. Auch Haas (2004, S 339ff) widmet der medikolegalen Aspekte ähnliche Aufmerksamkeit wie Grifka. Für ihn gilt ebenfalls, dass eine Thromboseprophylaxe auf alle Fälle durchzuführen ist, wenn das Risiko für eine VTE größer und gefährlicher ist, als das mit der Verabreichung der Thromboseprophylaxe verbundene. Die Tatsache, dass Patientinnen und Patienten oft eine verordnete Prophylaxe nicht lang genug durchführen, sieht er darin begründet, dass die Aufklärung, Schulung und Information nicht adäquat genug durchgeführt wird, was für ihn einen wesentlichen Fallstrick für die MedizinerInnen bedeuten kann. Die Verabreichung von NMH an Patientinnen und Patienten mit mittlerem (trifft zu für Kniearthroskopien) und hohem Risiko, sowie die sorgfältige Risikoabschätzung, eine adäquate Patientenaufklärung und die Dokumentation dieser, ist für ihn aus gutachterlicher Sicht unerlässlich.

Schobersberger et al (2004, S. 144ff) betrachtet aus rechtlicher Sicht die ärztliche Aufklärungspflicht wie folgt:

- Diagnoseaufklärung = Aufklärung der Patientinnen und Patienten über ihre Krankheit bzw. die Gefährdung durch diese.
- Behandlungsaufklärung = Aufklärung warum eine bestimmte Therapie durchgeführt werden sollte und welche Alternativen gegebenenfalls möglich wären
- Risikoaufklärung = Aufklärung darüber, welches Risiko Patientinnen und Patienten bei Unterlassung einer Therapie bzw. Prophylaxe eingehen, wobei beachtet werden muss, dass je größer das Risiko ist, desto detaillierter muss die Aufklärung darüber erfolgen
- Dokumentationspflicht = die durchgeführte Aufklärung muss in der Krankenakte dokumentiert werden

Diese Schritte sind für ihn unerlässlich, damit im Falle von rechtlichen Schritten der Patientinnen bzw. Patienten bei Auftreten von Komplikationen nachgewiesen werden kann, dass eine Behandlung nach „State of the Art“ durchgeführt worden ist.

Diesen Forderungen wird durch den Einsatz des Patientenpasses voll und ganz Rechnung getragen. Es finden sich hier die schriftliche Ergänzung zur mündlichen Aufklärung und auf den Dokumentationsseiten der einzelnen Kontrollbesuche wird nochmals in schriftlicher Form festgehalten, in welcher Form und wie lange die Thromboseprophylaxe weiterhin durchzuführen ist. (siehe Patientenpass, Kapitel 2.5.1 und Kapitel 9). So bekommen einerseits die Patientinnen und Patienten alle notwendigen Informationen darüber, warum sie eine für sie aufwendige Therapiemaßnahme über längere Zeit durchführen müssen, andererseits ist für die MedizinerInnen gewährleistet, dass diese Informationen für ihre Patientinnen und Patienten in schriftlicher Form gegeben worden sind und durch das Ausfüllen der vorgegebenen Punkte zur Thromboseprophylaxe kann dieser Punkt auch nicht vergessen bzw. übersehen werden.

Im Patientenpass finden die beiden Medikamente Lovenox[®] und Fragmin[®] exemplarisch Erwähnung, werden sie vom Gatekeeper zurzeit verordnet. Bei Änderung der Firmennamen bzw. der zur Anwendung kommenden Substanzgruppe wäre der Patientenpass dahingehend zu erweitern bzw. zu überarbeiten.

Die Wichtigkeit zur Anwendung von begleitenden physikalischen Maßnahmen wie die Frühmobilisation und das Anlegen von Antithrombosestrümpfen (ATS) bzw. Thromboseprophylaxestrümpfen wird bei den physiotherapeutischen Inhalten bzw. den pflegerischen Inhalten näher bearbeitet.

9.5.6.2 Schmerztherapie

Im Patientenpass sind nur Präparate aus Schmerzmittelklassen erwähnt, die in der ambulanten Schmerztherapie des Gatekeepers zum Einsatz kommen. Dabei wird ein grober Überblick gegeben und der Text mit Abbildungen der am häufigsten verordneten Medikamente ergänzt. Dies wird damit begründet, dass für die Patientinnen und Patienten somit ein Wiedererkennungswert der Medikamente gegeben ist, was das Auftreten von Verwechslungen reduzieren soll. Dabei wurde auch darauf geachtet, dass die Packungen der zur Verwendung kommenden Medikamente nicht die höchstmögliche Dosierung der Einzeltablette aufweisen, um eventuelle Überdosierungen zu vermeiden. Auf den Seiten, auf denen die jeweiligen Arztbesuche protokolliert werden, sind nochmals eigene Spalten für die Medikamente, deren Dosierung und die Einnahmerhythmen aufgeführt, wobei die häufigst verwendeten Medikamente lt. Schmerzschema des Gatekeepers bereits im Pass vorgedruckt sind und nur ergänzt bzw. individuell angepasst werden müssen. Dies dient dazu, den dokumentatorischen Aufwand des Arztes möglichst gering zu halten, aber dennoch die Möglichkeit für Individualität offen zu lassen.

Zur Aufklärung bezüglich der Medikamentenverabreichung gibt es in Deutschland ein Urteil des BGH aus dem Jahr 2005 das wie folgt lautet: *„Auch die Medikation mit aggressiven bzw. nicht ungefährlichen Arzneimitteln ist als ärztlicher Eingriff im weiteren Sinne anzusehen, so dass die Einwilligung des Patienten in die Behandlung mit dem Medikament unwirksam ist, wenn er über dessen gefährliche Nebenwirkungen nicht aufgeklärt worden ist.“* (NJW 2005, S 1716). Dies gilt besonders für eventuelle Einschränkungen nach Einnahme von Schmerzmedikamenten im täglichen Leben. So sind Patientinnen und Patienten darüber zu informieren, dass sie unter Schmerzmitteleinfluss z.B. keine Fahrzeuge lenken dürfen (Patientinnen und Patienten sind zwar „home ready“ aber nicht „street ready“). Ein weiterer nicht unwesentlicher Punkt ist die Mitwirkung der Patientinnen und Patienten an einer optimal verlaufenden Genesungs- und Rehabilitationsphase. Wenn PatientInnen z.B. eine gewisse „Abneigung“ gegen die Einnahme von

Schmerzmitteln haben und ihnen nicht erklärt wird, dass dies aus oben aufgeführten Gründen aber wichtig ist, kann unter Umständen bei nicht optimaler Schmerztherapie der Behandlungserfolg limitiert sein. Ähnlich verhält es sich bei der Dosierung der Medikamente, denn wissen die Patientinnen und Patienten nicht, dass es eine Tagesmaximaldosis gibt die eingehalten werden muss, kann es zu einem vermehrten Auftreten von Nebenwirkungen kommen. Mit dem Patientenpass ist all diesen Forderungen Rechnung getragen. Die MedizinerInnen „müssen“ quasi auf die Schmerzmedikation eingehen, wenn sie die Medikamentengabe (Name, Dosis, Verabreichungsform usw.) im Patientenpass dokumentieren. Ergänzend dazu findet sich Information in schriftlicher Form über die einzelnen Medikamente im Patientenpass und ist somit jederzeit für die Patientinnen und Patienten wieder abrufbar. So haben die MedizinerInnen auch den schriftlichen Nachweis über ihre durchgeführte Aufklärung und Information bei ihren Patientinnen und Patienten, was im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung ausreicht, denn einer schriftlichen Bestätigung durch die Patientinnen und Patienten bedarf diese Aufklärung nicht.

9.5.6.3 „Magenschutz“ – Ulcusprophylaxe

Aus den im Kapitel 6.4.3 in dieser Arbeit aufgeführten Gründen, verordnet auch Altenburger seinen Patientinnen und Patienten einen „Magenschutz“. Um der Wichtigkeit dieser Medikation Gewicht zu verleihen, wird auch im Patientenpass dem Magenschutz eine ausführliche Erklärung gewidmet. Gerade bei diesen Medikamenten gibt es laut Altenburger oft Unverständnis bei den Patientinnen und Patienten, die ausführlichen Erklärungen bedürfen. Warum z.B. muss ein PPI nur einmal genommen werden, wenn doch die Schmerzmittel dreimal am Tag verordnet worden sind? Auf diese und andere häufig gestellte Fragen aus Altenburgers Erfahrungen wurden die Inhalte der „Magenschutzseite“ (siehe Patientenpass, Kapitel 2.5.3 „Magenschutz“) abgestimmt. Auch für dieses Medikament sind auf den Arztbesuchsseiten bereits vordefinierte Angaben gemacht, um die Dokumentationszeit für die MedizinerInnen so gering wie möglich zu halten.

9.5.7 Seiten für die Arzttermine

Im Kapitel 5 des Patientenpasses finden sich für jeden vorgesehenen Kontrolltermin im Behandlungsschema Altenburgers eine eigene Seite, auf der alle für den jeweiligen Termin relevanten Punkte thematisiert werden. Dies hat den Vorteil für den Arzt, dass kein wichtiger Punkt vergessen werden kann. Für die Patientinnen und Patienten ergibt sich folglich ebenfalls der Vorteil, dass sie bereits wissen, welche wichtigen Punkte der Arzt ansprechen wird und wo gegebenen Falles Fragen vorliegen. Damit diese Fragen nicht vergessen werden können, wurde jeweils eine eigene Spalte vorbereitet, in der diese notiert werden können. Weiters wird jeweils am Beginn der Seiten ein kurzer Überblick darüber gegeben, welche Untersuchungen bei dem jeweiligen Termin vom Arzt durchgeführt werden bzw. was bei diesem Termin gemacht wird. Ebenso wird die Verwendung der noch benötigten Hilfsmittel wie z.B. Krücken, Orthesen beschrieben und die notwendige medikamentöse Therapie und die gemeinsam formulierten Ziele bis zum nächsten Termin schriftlich festgehalten. All diese Informationen dienen der Sicherheit der Patientinnen und Patienten, da jederzeit daheim nachgesehen werden kann, was die MedizinerIn beim letzten Termin verordnet hat. Für den Arzt ist die schriftliche Dokumentation eine zusätzliche Absicherung für geleistete Patienteninformation und -aufklärung. Einen weiteren wichtigen Punkt stellt die Möglichkeit dar, dass die Physiotherapeutinnen und –therapeuten kontinuierlich über die medizinische Behandlung aus erster Hand informiert sind. Die Notwendigkeit und Wichtigkeit einer Zusammenarbeit dieser Berufsgruppe mit den behandelnden MedizinerInnen bei der Nachbehandlung einer Kreuzbandplastik wird z.B. von Burger (2008) in ihrer Arbeit thematisiert, sowie auch von Therapeutinnen bzw. Therapeuten (z.B. Timmermann & Steubl, 2009; Steinmann & Allwang, 2009; Kolt & Snyder, 2003), MedizinerInnen aus den Fachbereichen der Unfallchirurgie und Orthopädie (z.B. Schabus & Bosina, 2007; Petersen & Zantop, 2009) gefordert, da z.B. eine Physiotherapie ärztlich verordnet werden muss und auf z.B. bestimmte Operationstechniken oder Begleitmaßnahmen abzustimmen ist. Für eine optimale Physiotherapie notwendige Informationen können somit aus „erster Hand“ erhalten werden und die TherapeutInnen sind nicht mehr nur auf die Aussagen der Patientinnen und Patienten angewiesen.

9.6 Physiotherapeutische Inhalte

Die physiotherapeutischen Inhalte wurden mit C. Hlucil⁵⁴ definiert, abgestimmt und mittels Fachliteratur und aktueller wissenschaftlicher Untersuchungen belegt. Hlucil hat einige Patientinnen und Patienten mit dem Patientenpass begleitet und ihn in der Ordinationsgemeinschaft des Gatekeepers aus physiotherapeutischer Sicht angewandt und erprobt.

Die physiotherapeutische Behandlung nach Rekonstruktion der vorderen Kreuzbandes ist Standard im Behandlungskonzept und wird nach jeder Kreuzbandplastikoperation verordnet. (vgl. Müller-Rath et al, 2010)

Dass die notwendige postoperative Physiotherapie sehr aufwendig ist, muss den Patientinnen und Patienten bereits in der präoperativen Phase vermittelt werden. Da ein individuelles und auf die jeweilige Betroffenensituation zugeschnittenes Rehabilitationsschema notwendig ist, muss eigentlich eine gute Kommunikation zwischen Patientinnen/Patienten, MedizinerInnen und Therapeutinnen/Therapeuten gegeben sein. Besonders in der Kommunikation zwischen dem Behandlungsteam ist dies von Nöten, existieren doch zahlreiche Nachbehandlungsschemata. (vgl. Petersen & Zantop, 2009)

Dies ist ein weiterer Punkt, der im Patientenpass gegeben ist, denn es werden bereits präoperativ Physiotherapietermine empfohlen, bei denen die wichtigsten Übungen für die erste Phase der Rehabilitation erlernt und in Folge daheim eingeübt werden können.

Für die Einbindung der Physiotherapie in den Patientenpass spricht weiters, dass die Physiotherapeutinnen und -therapeuten in der Rehaphase auch häufig als erste mit den psychischen und eventuell auftretenden psychosomatischen Problematiken ihrer Patientinnen und Patienten konfrontiert sind, besonders, wenn der erwartete Fortschritt in der Rehabilitationsphase nicht ganz so schnell erzielt wird, wie erhofft. Dies liegt darin begründet, dass die Häufigkeit der Physiotherapietermine die der Arzttermine deutlich überschreitet und somit sie oft die ersten AnsprechpartnerInnen für diese Probleme sind. Burger beschreibt 2008 in ihrer Arbeit auch, dass die Hemmschwelle persönliche Probleme mit den Therapeutinnen bzw. Therapeuten zu

⁵⁴ Carola Hlucil, Physiotherapeutin und Osteopathin, Behandlungsschwerpunkte: Therapie nach Sportverletzungen und Operationen; akute und chronische Beschwerden des Bewegungsapparates

besprechen scheinbar niedriger ist, als bei den MedizinerInnen. Besonders Sportler sind davon häufiger betroffen, ist für sie eine Verletzung und die nachfolgend verordnete Sportpause ein besonders großer Einschnitt in ihrem Leben. Der mentalen Situation eines verletzten (Spitzen)-Sportlers muss besonderes Augenmerk geschenkt werden, da ein wesentlicher Teil (= regelmäßige körperliche Betätigung und Training) seines Lebens plötzlich gar nicht bzw. nur mehr eingeschränkt zur Verfügung steht. Dabei sind auch Fragen der PatientInnen relevant, wie z.B. wie wird die eigene sportliche Zukunft aussehen. Diese Unsicherheiten und Ängste können auch die Grundlage für psychosomatische Beschwerden wie Schmerzen auslösen. Shelbourne, Lawrance und Noy bringen diese Problematik mit folgender Aussage auf den Punkt: *„Sustaining an anterior cruciate ligament injury, (...), can have a very strong effect on an athlete’s mental state. We must remember that we are treating the patient and not just the knee injury.“* (2006, S. 284). Auch hier zeigt sich wieder, wie wichtig die Kommunikation zwischen den Professionen ist, um Patientinnen und Patienten optimal auf ihrem Weg zurück zum Sport⁵⁵ begleiten zu können. Der Patientenpass kann die Grundlage für eine verbesserte Kommunikation bieten, eröffnet er doch die Möglichkeit, Problematiken auch in diesem Bereich aufzuzeigen und zu dokumentieren, sodass jeweils die andere Profession darüber informiert ist.

9.6.1 Rehabilitationsschema nach Rehaphasen

Im Patientenpass werden die Rehabilitationsphasen nicht zeitlich definiert, da hier patientenspezifische Individualität möglich sein sollte. Wie in den hier beschriebenen unterschiedlichen Schemata deutlich wird, variieren die Wechsel von einer Phase in die nächste teilweise zwischen mehreren Wochen. Es wurde daher in Absprache mit Altenburger und Hlucil darauf verzichtet, diese Phasen im Patientenpass zeitlich zu definieren. Dies soll den Patientinnen und Patienten Zeit einräumen, ihren individuellen Weg in der Rehabilitation gehen zu können, ohne vielleicht Druck entstehen zu lassen, falls sie es nicht schaffen, im vorgegebenen Zeitrahmen den nächsten Fortschritt gemacht zu haben. Auch bei den individuellen Übungen im Kapitel 7 – „Fotos – Übungen“ im Patientenpass wurde darauf verzichtet einen zeitlich definierten Rahmen anzugeben, wann die jeweiligen Übungen durchgeführt werden können. Die „Freigabe“ für die einzelnen Übungen muss von den

⁵⁵ Unter „Sport“ ist nicht nur der Leistungssport zu verstehen, auch Freizeitsportler können mit diesen Problematiken konfrontiert sein.

Therapeutinnen, Therapeuten bzw. den MedizinerInnen erfolgen und auch hier gilt, dass der Patientenpass keines Falles die Begleitung durch die Therapeutinnen/Therapeuten ersetzen soll, sondern diese nur unterstützt, indem die „verordneten“ Übungen nochmals kurz beschrieben und bebildert abrufbar sind. Dies soll sicher stellen, dass die Übungen korrekt durchgeführt werden. Somit können Fehler bei der Durchführung der Übungen vermieden werden. Weiters kann damit möglicher Weise verhindert werden, dass Übungen daheim nicht durchgeführt werden, da der genaue Ablauf einer Übung möglicher Weise von den Patientinnen und Patienten „vergessen“ wurde, besonders wenn diese mehrere neue Übungen durchzuführen haben. Bei solchen Unsicherheiten kann es vorkommen, dass aus Angst etwas falsch zu machen, lieber die Übung nicht durchgeführt wird, was wiederum den Erfolg der Rehabilitation einschränken könnte.

9.6.2 Physiotherapeutische Übungen in offener und geschlossener Kette

Im Patientenpass sind sowohl Übungen in der offenen, als auch in der geschlossenen kinetischen Kette beinhaltet. Die Erfahrungen von Hlucil und Altenburger bestätigten die Erkenntnisse der vorab zitierten Autorinnen bzw. Autoren und folglich wurde eine Mischung aus beiden Übungsformen gewählt. Welche Übungen in welcher Rehabilitationsphase zum Einsatz kommen sollte, muss vor allem von den Therapeutinnen und Therapeuten bestimmt werden. Dazu ist wiederum der Kontakt zu den behandelnden OperateurInnen notwendig, damit eventuell limitierende Faktoren für die eine oder andere Übungsform Beachtung finden kann. Durch die Dokumentation der Übungen (Kapitel 6, „Meine Physiotherapietermine“) im Patientenpass ist dies in jeder Phase der Rehabilitation gegeben.

9.6.3 Seiten für Physiotherapietermine

Wiesner (2009, S 25-27) beschreibt, dass die Compliance⁵⁶ der Patientinnen und Patienten eine wesentliche Grundlage für eine erfolgreiche Physiotherapie ist. Dabei zitiert sie die Definition von Compliance nach Schneider et al 1998 wie folgt: „*Compliance ist das Maß, worin das Verhalten einer Person mit den Empfehlungen der behandelnden Kliniker übereinstimmt*“. Als wesentliche Bestandteile, um eine ausreichende Compliance der Patientinnen und Patienten zu erzielen, definiert sie z.B. die Information zu den Übungen, die Auswahl und Dosierung der Übungen, die Anzahl der Übungen, die Integration in die Behandlung, die Hilfsmittel der Übungen, die Instruktion und das Feedback zu den Übungen. Es ist z.B. wesentlich, dass die Patientinnen und Patienten wissen warum, wie, wo, wie oft, in welcher Intensität, wobei und mit welchen Hilfsmitteln sie die Übungen durchführen können/sollen. Sie fordert weiters ein, dass die Patientinnen und Patienten alle Übungen in Wort, Bild und mit den entsprechenden Informationen dazu erhält. Für sie ist es essentiell, dass nicht mehr als 3-4 Übungen pro „Hausaufgabe“ mitgegeben werden sollen, davon jeweils nur ein bis zwei neue Übungen. Dabei ist eine genaue Dokumentation (z.B. wie oft muss die Übung wiederholt werden, wie oft pro Tag soll sie durchgeführt werden, oder wie kann die Übung in den Tagesablauf integriert werden) genauso wichtig, wie zu erfragen, ob die Patientinnen und Patienten die Übungen der letzten „Hausaufgabe“ auch wie vereinbart durchführen konnten, falls nicht, warum. Auch diese Informationen sollten dokumentiert werden, da sie helfen, sich an die Aufgaben und Tipps besser zu erinnern und einen Verlauf der Rehabilitation beschreiben.

Für all diese Forderungen ist im Patientenpass Platz. Hier gilt, wie in „Kapitel 9.5.7 Seiten für die Arzttermin“ in dieser Arbeit bereits beschrieben, dass für jeden Physiotherapietermin (in der Regel werden zehn Termine verschrieben) eine Seite vorgesehen wurden. Auch auf diesen Seiten werden die Patientinnen und Patienten darauf vorbereitet, was von den Therapeutinnen und Therapeuten an Untersuchungen voraussichtlich durchgeführt wird. Für die Patientinnen und Patienten besteht auch hier die Möglichkeit sich in einem eigens dafür vorgesehenen Feld Fragen an die Therapeutinnen und Therapeuten zu notieren, damit nichts Wesentliches vergessen werden kann. Diese haben andererseits die Möglichkeit Übungen, die die Patientinnen

⁵⁶ Definition nach Wiesner: inwieweit folgt der Patient ihren Empfehlungen für die Übungen und mit welcher Regelmäßigkeit führt sie dieser durch

und Patienten daheim sozusagen als „Hausaufgabe“ durchführen sollen, zu dokumentieren (z.B. Häufigkeit, Intensität). Dabei können sie aus einem Pool an Übungen, die im Kapitel 7 im Patientenpass schriftlich und bildlich beschrieben sind, auswählen oder „eigene“ Übungen verordnen und diese kurz beschreiben. Weiters können gemeinsam definierte Ziele bis zum nächsten Termin schriftlich in einer eigenen Spalte festgehalten werden. Aufgrund dieser Dokumentation haben aber nicht nur die Patientinnen und Patienten daheim jederzeit die Möglichkeit sich die Übungen wieder ins Gedächtnis zu rufen, sondern auch die behandelnden MedizinerInnen haben einen Überblick über die Fortschritte und physiotherapeutischen Maßnahmen ihrer Patientinnen und Patienten. Somit ist zumindest eine indirekte Kommunikation im Behandlungsteam gegeben, zumal dieses häufig zeitlich und räumlich getrennt agiert und somit eine Face-to-Face Kommunikation meist nicht möglich ist.

9.6.4 Photodokumentationsseiten der physiotherapeutischen Übungen

Im Patientenpass werden 26 Übungen sowohl in der geschlossenen, als auch in der offenen kinetischen Kette fotodokumentiert und mittels kurzer Beschreibungen ergänzt. Sie unterscheiden sich in ihrer Komplexizität, von Übungen, die bereits am Tag der Operation durchgeführt werden können, bis hin zu komplexen Übungen für die spätere Rehabilitationsphase, mehrere Wochen nach der OP. Alle Übungen wurden nummeriert, was die Dokumentation auf den Physiotherapieseiten vereinfachen soll. Es wurde bewusst darauf verzichtet, die Übungen in irgendeiner Weise zu „reihen“ und mit Zeiträumen zu beschreiben, ab denen sie durchgeführt werden dürfen. Würde man dies tun, hätten die Patientinnen und Patienten quasi die Aufforderung bzw. den „Freibrief“, eine bestimmte Übung ab einem bestimmten Zeitpunkt auch machen zu dürfen/müssen. Dies muss jedoch verhindert werden, da es aufgrund von individuellen Heilungsfortschritten auch unterschiedliche „richtige Zeitpunkte“ für die jeweiligen Übungen gibt. Keinesfalls soll der Patientenpass ohne die fachliche Begleitung durch Physiotherapie zum Einsatz kommen, diese muss die Patientinnen und Patienten in die Übungen einführen, diese erklären und darauf achten, dass sie richtig durchgeführt werden. Der Patientenpass soll lediglich den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit eröffnen, sich die vorgeschriebenen Übungen immer wieder verinnerlichen zu können, damit diese nicht vergessen werden. Exemplarisch wird der Einsatz einzelner Übungen mit Literatur begründet,

wobei bei der Auswahl der Übungen auch die Erfahrung von Hlucil berücksichtigt und manche Übungen individuell abgewandelt wurden.

Im Patientenpass⁵⁷ sind die Übungen Nummer (Nr.): 1-6, 9, 12, 15 für die erste Phase der Rehabilitation geeignet. In der zweiten und dritten Phase der Rehabilitation, nimmt die Komplexizität der Übungen zu. Zahlreiche Hilfsmittel, wie z.B. kleine Bälle, der Pezziball®, Thera-Bänder® in unterschiedlichen „Stärken“, SportCord®, Balanceboard bzw. Balancekreisel und Minitrampolin können nun zum Einsatz kommen. Es ist sicher sinnvoll den Patientinnen und Patienten zu empfehlen, sich das eine oder andere Hilfsmittel für daheim zu besorgen bzw. sich auszuleihen. Nur wenn die diese die notwendigen Übungsutensilien daheim zur Verfügung haben, können sie die gezeigten Übungen auch durchführen. Im Patientenpass⁵⁸ wären dafür die Übungen Nummer (Nr.): 7-8, 10-11, 13-26 geeignet.

Die im Patientenpass angeführten Übungen sollen nur Empfehlungen darstellen und können nach individuellen Vorlieben der Physiotherapeutinnen und -therapeuten abgewandelt und adaptiert werden. Nachdem ein einheitliches Übungsschema nicht vorliegt, ist hier eine umfassende Auflistung aller relevanten Übungen nicht möglich und es musste ein repräsentativer Querschnitt festgelegt werden.

Die letzte Trainingsphase – Rückkehr zum Ausgangssport bzw. sportartspezifisches Training, wird im Patientenpass nicht mehr thematisiert und folglich hier nicht bearbeitet.

⁵⁷ Siehe Patientenpass, Kapitel 7 „Fotos Übungen“

⁵⁸ Siehe Patientenpass, Kapitel 7 „Fotos Übungen“

9.7 Multiprofessionelle Inhalte

In den Kapiteln 3 und 4 des Patientenpasses werden relevante Informationen für die perioperative Phase gegeben. Diese dienen dazu, die Patientinnen und Patienten auf die Operation und die ersten Tage danach vorzubereiten. Dabei werden Themenbereiche angesprochen, die normalerweise bei einer medizinischen Aufklärung ausgespart bleiben, wie z.B. „wie bereite ich mich auf die erste Zeit nach der OP für daheim vor, was muss alles besorgt werden, aus welchem Grund, wo und wie die Hilfsmittel bezogen werden können“. Ebenso erhalten die Patientinnen und Patienten Informationen darüber, wie wichtig die Physiotherapie bereits präoperativ ist, damit bestimmte Übungen für die postoperative Phase oder z.B. das Gehen mit Krücken eingeübt werden können. Informationen darüber, welche Untersuchungen präoperativ notwendig sind, ob ein Verordnungsschein vorliegt usw. sind ebenfalls Inhalte dieser Seiten. Eine Checkliste für das Krankenhaus soll den Patientinnen und Patienten helfen, alle relevanten Dinge für den Spitalsaufenthalt einzupacken und nichts Wesentliches zu vergessen.

All dies soll für die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit eröffnen, sich gut auf den Krankenhausaufenthalt vorbereiten zu können und sicher stellen, dass alle notwendigen Hilfsmittel, die sie für die ersten Tage daheim benötigen rechtzeitig besorgt werden können. So vorbereitet ist davon auszugehen, dass eine erhebliche Stressreduktion zu erwarten ist, da nicht erst im Bedarfsfall gehandelt werden muss. Sämtliche Informationen sind schriftlich formuliert und mit Bildmaterial ergänzt, sodass bei der Aufklärung der Patientinnen und Patienten alle Sinne angesprochen werden können. Weiters können alle vom Behandlungsteam (MedizinerInnen, Physiotherapeutinnen und –therapeuten) erhaltenen Informationen immer wieder abgerufen werden. Was die pflegerischen Informationen in diesem Kapitel anbelangen, so sind diese im Moment in der präoperativen Phase für die Patientinnen und Patienten nicht zu erhalten, da eine pflegerische Beratung im ambulanten Setting weder prä- noch postoperativ vorgesehen ist. Patientinnen und Patienten sind somit auf sich gestellt. Hier könnte der Einsatz des Patientenpasses gewährleisten, dass alle relevanten Informationen zumindest in schriftlicher Form vorliegen.

Das Kapitel 4 gibt nochmals spezielle Hinweise für die Tage im Krankenhaus. Was ist zu erwarten, wie werden die Tage im Krankenhaus ablaufen. Die MedizinerInnen können die Operation kurz dokumentieren, z.B. welche Implantate wurden eingesetzt. Welche Therapien kommen zum Einsatz und wie sieht die Entlassungsmedikation bzw. das Behandlungsziel bis zur nächsten Kontrolle aus. Auch dieses Kapitel hat hauptsächlich den Zweck Unsicherheit vor dem Ungewissen zu reduzieren, besonders wenn dies z.B. die erste Operation für eine Patientin bzw. einen Patienten ist. Auch die Wundpflege wird hier thematisiert, da viele Patientinnen und Patienten zumindest einmal daheim einen Verbandwechsel selbstständig durchführen müssen. Hier wird ebenfalls eine schriftliche Anleitung, unterstützt mit Bildmaterial, zur Verfügung gestellt, da auch die Aufklärung bezüglich Verbandwechsels eigentlich in den pflegerischen Bereich fällt, der bei ambulanter Operation bzw. bei nur sehr kurzen Präsenzzeiten im Krankenhaus nicht oder kaum offeriert wird.

9.8 Lesbarkeitsprüfung der Texte

Die Fließtextpassagen im Patientenpass werden auszugsweise mit der Flesch-Formel, der vierten Wiener Sachtextformel und mittels der Fry-Formel überprüft. Für die Überprüfung der drei ausgewählten Textpassagen, aus unterschiedlichen Kapiteln, mittels der vierten Wiener Sachtextformel kommt die Formel zum Einsatz, ebenso beim Fry-Graph.

Die Überprüfung dieser Textpassagen mittels der Flesch-Formel wird mit zwei im Internet zugänglichen Textüberprüfungsprogrammen durchgeführt. Eines davon überprüft die deutschen Texte mittels der Originalformel (www.leichtlesbar.ch) und das andere (www.stilversprechend.de) mittels der für deutsche Texte modifizierten Formel. Für alle überprüften Textpassagen wurden folgende Analysen zur Überprüfung angegeben:

- **Bericht mit Flesch-Wert anzeigen.** Der Flesch-Wert berechnet anhand der durchschnittlichen Satz- und Wortlänge, wie leicht verständlich ein Text ist.
- **Nominalstil markieren.** Als Nominalstil bezeichnet man verschiedene grammatische Konstruktionen, die eine starke inhaltliche Verdichtung von Texten bewirken und ihn gleichzeitig unpersönlich und unattraktiv für den Leser machen
- **Füllwörter markieren.** Füllwörter und Floskeln tragen sehr wenig oder gar nichts zum Inhalt bei und blähen einen Text unnötig auf. Dadurch ermüden Sie den Leser und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Text nicht zu Ende gelesen wird. Sie lassen sich meistens ersatzlos streichen.
- **Lange Wörter markieren.** Sehr lange Wörter und Sätze erschweren die Lesbarkeit eines Textes. Wörter sollten auch in Einzelfällen nicht mehr als 6 Silben, Sätze nicht mehr als 30 Wörter haben. Im Durchschnitt sollten die Werte ungefähr halb so hoch sein (also 3 und 15).
- **Lange Sätze markieren.** Sehr lange Wörter und Sätze erschweren die Lesbarkeit eines Textes. Wörter sollten auch in Einzelfällen nicht mehr als 6 Silben, Sätze nicht mehr als 30 Wörter haben. Im Durchschnitt sollten die Werte ungefähr halb so hoch sein (also 3 und 15).
- **Floskeln markieren.** Füllwörter und Floskeln tragen sehr wenig oder gar nichts zum Inhalt bei und blähen einen Text unnötig auf. Dadurch ermüden Sie den Leser und erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Text nicht zu Ende gelesen wird. Sie lassen sich meistens ersatzlos streichen.
- **Wortdoppelungen markieren.** Tritt dasselbe Wort zweimal direkt hintereinander auf, so liegt in den allermeisten Fällen ein Tippfehler vor.
- **Satzanfänge mit "Es" hervorheben.** Satzanfänge, die mit "Es" beginnen und einen Nebensatz mit "dass" aufweisen, erschweren das Lesen und können in vielen Fällen vereinfacht werden.
- **Passiv-Sätze hervorheben.** Passive Sätze erschweren das lesen und können in vielen Fällen vereinfacht werden.

9.8.1 Textpassage 1 – Allgemeine Informationen, Kapitel 1.2, Seite 5

Notieren Sie ihre Fragen für den nächsten Arztbesuch im Feld: „Fragen an den Arzt/die Ärztin“. So können Sie nicht vergessen, was Sie den Arzt/die Ärztin fragen wollen, was Sie beschäftigt oder welche Probleme Sie haben.

Die wichtigsten Übungen für die Physiotherapie finden Sie beim Punkt 7.0 „Fotos - Übungen“ abgebildet. Dort können Sie nachsehen wie eine Übung richtig ausgeführt wird.

- Alle wichtigen Informationen sind im Pass enthalten!
- Bringen Sie den Patientenpass bei jedem Arzt- oder Physiotherapiebesuch mit!
- Nur so kann sichergestellt werden, dass Sie immer alle Informationen erhalten! Das ist für eine erfolgreiche Behandlung wichtig!

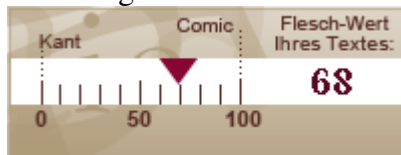
9.8.1.1 Überprüfung mittels Flesh-Wert

Ergebnis der Überprüfung dieser Textpassage mit der Website: <http://www.leichtlesbar.ch/html/>:

Ihr Text besteht aus **9** Sätzen mit **96** Wörtern, wovon **66** verschiedene. Sie haben total **175** Silben benutzt (Endsilben auf -e zählen nicht). Das ergibt einen **Flesch-Wert** von **42**.

Dieselbe Textpassage wurde online auf der Website: <http://www.stilversprechend.de/stil/index.html> nochmals überprüft. Dabei ergab sich folgender Flesch-Wert Ergebnis:

Ihr Text besteht aus **13** Sätzen, **99** Wörtern, **176** Silben und **685** Zeichen. Der **Flesch-Wert** liegt bei **68**.



9.8.1.2 Überprüfung mittels 4. Wiener Sachtextformel⁵⁹

Bei einer durchschnittlichen Satzlänge (DLS) von 8 und einem Prozentsatz von Wörtern mit 3 oder mehr Silben (MS) von 17,8 ergibt sich ein Wert der **WSTF₄** von **5,23**.

$$\text{WSTF}_4 = 0,2656 \times 8 + 0,2744 \times 17,8 - 1,693 = 5,23$$

Legende: MS = %Satz der Wörter die aus drei oder mehr Silben bestehen
DSL = durchschnittliche Satzlänge (Anzahl d. Worte/Anzahl d. Sätze)

9.8.1.3 Überprüfung Textpassage mittels Fry-Graph⁶⁰

Hier musste keine Adaption der Textlänge durchgeführt werden, da die Textpassage 99 Worte mit 176 Silben enthält. Daraus ergibt sich bei 13 Sätzen ein **Fry-Wert** von **12**.

⁵⁹ siehe dazu Berechnungsformel im Kapitel 5.2.3 (gilt auch für die folgenden Berechnungen)

⁶⁰ siehe dazu graphische Darstellung im Anhang (gilt auch für die folgenden Berechnungen)

9.8.2 Textpassage 2- Informationen über wichtige Medikamente, Kap. 2.5, S. 11

„Da Sie nach der Operation das operierte Bein nur wenig bewegen, besteht die Gefahr, dass ein Blutgerinnsel in einer Vene entstehen könnte. Um die Gefahr für ein Blutgerinnsel so klein wie möglich zu halten, muss ein Medikament zur Blutverdünnung verabreicht werden.

Dieses Medikament kann nur gespritzt werden. Die Spritzen bekommen Sie fertig in Ihrer Apotheke. Das Rezept gibt Ihnen ihr Arzt/ihre Ärztin.

Sie werden in unserer Praxis oder im Krankenhaus lernen, wie Sie oder Ihr Angehöriger die Spritze anwenden. Unter Punkt „8.0“ können Sie nachlesen und auf den Fotos sehen, wie man eine Thrombosespritze setzt!

Es gibt dieses Medikament mit verschiedenen Namen „Lovenox“ oder „Fragmin“.

Wichtig: Sie müssen dieses Medikament unbedingt 1x am Tag für 3-4 Wochen spritzen!“

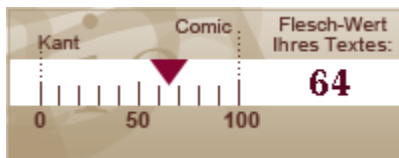
9.8.2.1 Überprüfung mittels Flesch-Wert

Ergebnis der Überprüfung dieser Textpassage mit der Website:
<http://www.leichtlesbar.ch/html/>:

Ihr Text besteht aus **10** Sätzen mit **119** Wörtern, wovon **88** verschiedene. Sie haben total **212** Silben benutzt (Endsilben auf -e zählen nicht). Das ergibt einen **Flesch-Wert von 44**.

Dieselbe Textpassage wurde online auf der Website:
<http://www.stilversprechend.de/stil/index.html> nochmals überprüft. Dabei ergab sich folgender Flesch-Wert Ergebnis:

Ihr Text besteht aus **14** Sätzen, **120** Wörtern, **220** Silben und **786** Zeichen.



Der **Flesch-Wert** liegt bei **64**.

9.8.2.2 Überprüfung mittels 4. Wiener Sachtextformel

Bei einer durchschnittlichen Satzlänge (DLS) von 9 und einem Prozentsatz von Wörtern mit 3 oder mehr Silben (MS) von 19,2 ergibt sich ein Wert der **WSTF₄ von 5,87**.

$$\text{WSTF}_4 = 0,2656 \times 9 + 0,2744 \times 19,2 - 1,693 = 5,87$$

Legende:

MS = %Satz der Wörter die aus drei oder mehr Silben bestehen

DSL = durchschnittliche Satzlänge (Anzahl d. Worte/Anzahl d. Sätze)

9.8.2.3 Überprüfung mittels Fry-Graph

Für die Überprüfung mittels des Fry-Graphs musste die Textpassage auf 100 Silben verkürzt werden und lautet nun wie folgt:

Da Sie nach der Operation das operierte Bein nur wenig bewegen, besteht die Gefahr, dass ein Blutgerinnsel in einer Vene entstehen könnte. Um die Gefahr für ein Blutgerinnsel so klein wie möglich zu halten, muss ein Medikament zur Blutverdünnung verabreicht werden. Dieses Medikament kann nur gespritzt werden. Die Spritzen bekommen Sie fertig in Ihrer Apotheke. Das Rezept gibt Ihnen ihr Arzt/Ihre Ärztin. Sie werden in unserer Praxis oder im Krankenhaus lernen, wie Sie oder Ihr Angehöriger die Spritze anwenden. Unter Punkt „8.0“ können Sie nachlesen und auf den Fotos sehen, wie man eine Thrombosespritze setzt! Es

Es ergibt sich eine durchschnittliche Anzahl von Silben auf 100 Worte von 164, bei 12 Sätzen, daraus ergibt sich ein **Fry Wert von 9**.

9.8.3 Textpassage 3 – notwendige Hilfsmittel nach der Operation, Kap. 3.4, S 20

Die folgende Textpassage wurde mittels Flesch-Wert, Fry Lesbarkeitsgraph und der 4. Wiener Sachtextformel überprüft.

„Diese Hilfsmittel sollten Sie besorgen oder vorbereiten, bevor Sie ins Spital gehen! 3.5.1. Krücken: mit Verordnungsschein beim Bandagisten besorgen. Manchmal können Sie die Krücken auch bei Ihrem Arzt ausleihen. Beschaffen Sie sich die Krücken schon vor dem Spitalsaufenthalt. Nehmen Sie die Krücken mit ins Spital!

3.5.2. Orthese: wird vom Arzt manchmal schon vor der Operation verordnet. Sie bekommen die Orthese beim Bandagisten mit dem Verordnungsschein vom Arzt/Ärztin. Nehmen Sie die Orthese mit ins Spital!

3.5.3. Eisbeutel: besorgen Sie sich zwei große Eisbeutel (ca. 30 x 40 cm). Diese benötigen Sie nach der Operation zu Hause zum Kühlen des Kniegelenkes. Legen Sie die Eisbeutel im Tiefkühlfach bereit. Sie bekommen die Eisbeutel beim Bandagisten.

Achtung: Eisbeutel nie ohne Schutzhülle (Handtuch, Polsterbezug) auf die Haut legen!“

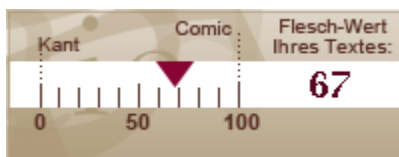
9.8.3.1 Überprüfung mittels Flesch-Wert

Ergebnis der Überprüfung dieser Textpassage mit der Website:
<http://www.leichtlesbar.ch/html/>:

Ihr Text besteht aus **21** Sätzen mit **125** Wörtern, wovon **71** verschiedene. Sie haben total **220** Silben benutzt (Endsilben auf -e zählen nicht). Das ergibt einen **Flesch-Wert von 52.**

Dieselbe Textpassage wurde online auf der Website:
<http://www.stilversprechend.de/stil/index.html> nochmals überprüft. Dabei ergab sich folgender Flesch-Wert Ergebnis:

Ihr Text besteht aus **19** Sätzen, **124** Wörtern, **226** Silben und **851** Zeichen.



Der **Flesch-Wert** liegt bei **67**.

9.8.3.1 Überprüfung mittels 4. Wiener Sachtextformel

Bei einer durchschnittlichen Satzlänge (DLS) von 14 und einem Prozentsatz von Wörtern mit 3 oder mehr Silben (MS) von 24,8 ergibt sich ein Wert der **WSTF₄ von 8,83**.

$$\text{WSTF}_4 = 0,2656 \times 14 + 0,2744 \times 24,8 - 1,693 = 8,83$$

Legende:

MS = %Satz der Wörter die aus drei oder mehr Silben bestehen

DSL = durchschnittliche Satzlänge (Anzahl d. Worte/Anzahl d. Sätze)

9.8.3.2 Überprüfung mittels Fry-Graph

Für die Überprüfung mittels des Fry-Graphs musste die Textpassage auf 100 Silben verkürzt werden und lautet nun wie folgt:

Diese Hilfsmittel sollten Sie besorgen oder vorbereiten, bevor Sie ins Spital gehen! Krücken: mit Verordnungsschein beim Bandagisten besorgen. Manchmal können Sie die Krücken auch bei Ihrem Arzt ausleihen. Beschaffen Sie sich die Krücken schon vor dem Spitalsaufenthalt. Nehmen Sie die Krücken mit ins Spital! Orthese: wird vom Arzt manchmal schon vor der Operation verordnet. Sie bekommen die Orthese beim Bandagisten mit dem Verordnungsschein vom Arzt/Ärztin. Nehmen Sie die Orthese mit ins Spital! Eisbeutel: besorgen Sie sich zwei große Eisbeutel (ca. 30 x 40 cm). Diese benötigen Sie nach der Operation zu Hause zum Kühlen des Kniegelenkes.

Es ergibt sich eine durchschnittliche Anzahl von Silben auf 100 Worte von 167, bei 11 Sätzen, daraus ergibt sich ein **Fry Wert von 10**.

9.8.4 Auswirkungen der Ergebnisse auf den Gesamttext im Patientenpass⁶¹:

Da bei medizinischen Texten einige Worte aufgrund der Fachtermini mehr Silben als im Durchschnitt im Deutschen aufweisen, etliche mehrsilbige Worte mehrmals vorkommen und somit die Werte verfälschen, ist davon auszugehen, dass die Texte, klammert man diese Begriffe aus, einer sehr guten Lesbarkeit (siehe Aufstellung nachfolgend) entsprechen. Um diese mehrsilbigen Fachbegriffe, die nicht im Text bzw. Patientenpass explizit erklärt werden, besser verstehen zu können, wurde außerdem ein „Fremdwortverzeichnis“ mit Erklärungen am Ende des Patientenpasses angefügt.

Nachfolgend werden die Ergebnisse zusammengefasst und kurz kommentiert:

Gesamtwerte der Flesch-Überprüfung: $42 + 68 + 44 + 64 + 52 + 67 = 56,2 \sim 56$
(ein Wert von 51 – 70 entspricht einem leichten Text, Schulbildungsniveau der Abschlussklasse bei Absolvierung der Schulpflicht. Eine Boulevardzeitung wird mit einem typischen Wert von 50-60 eingestuft)

Gesamtwert der Fry – Überprüfung: $9 + 10 + 12 = 31 : 3 = 10,3 \sim 10$ (Range von 1 = entspricht der ersten Schulstufe, bis 17 = entspricht der höchsten Schulbildungsstufe)

Gesamtwert WSTF₄: $5,23 + 5,87 + 8,83 = 6,6 \sim 7$ (Range von 4 = sehr leichter, bis 15 = sehr schwieriger Text)

⁶¹ Siehe dazu Grundlagen im Kapitel 5.2

10 Methode für die Überprüfung des Patientenpasseinsatzes

Für die Überprüfung wurde ein qualitativer Forschungsansatz, genauer spezifiziert die Methode der qualitativen Evaluationsuntersuchung mittels Leitfadeninterviews, gewählt. Die Begründung für die Wahl wird nachfolgend in den einzelnen Unterkapiteln näher erläutert.

10.1 Theoretische Grundlagen: Evaluationsforschung

Evaluation bedeutet: „*Bewertung, Bestimmung des Wertes oder des Nutzens einer Maßnahme, einer Entwicklung, einer Struktur etc.*“ (Bartholomeyczik et al, 2008, S 23)

Evaluationsforschung ist „*die Anwendung wissenschaftlicher Forschungsmethoden und –verfahren zur Bewertung von Programmen, Arbeitsmethoden, Behandlungen, Dienstanweisungen etc.*“ (Bartholomeyczik et al, 2008, S 23)

Die qualitative Evaluationsforschung zählt zu den neueren Forschungsansätzen und gewinnt zunehmend an Bedeutung. Sie eignet sich für diese Form der Untersuchung sehr gut, was darin begründet liegt, dass sie besonders gut für die Prüfung der Effizienz von Veränderungen in der Praxis einsetzbar ist. Grundgedanke dabei ist: „*Qualitative Evaluationsforschung will Praxisveränderungen wissenschaftlich begleiten und auf ihre Wirkungen hin einschätzen, indem die ablaufenden Praxisprozesse offen, einzelfallintensiv und subjektorientiert beschrieben werden*“ (Mayring, 2002, S 63) Mittels der qualitativen Evaluationsforschung lassen sich somit Wirksamkeit, Effizienz und die Erreichung der formulierten Ziele von z.B. sozialen Programmen, therapeutischen und pädagogischen Maßnahmen in komplexen und sich verändernden Settings überprüfen. Die Ergebnisse können formativ (Überprüfung der Durchführung eines Programmes) oder summativ (Bewertung der Ergebnisse) gewonnen werden. Beide Formen lassen sich auch miteinander kombinieren und können einerseits zur Verbesserung der Qualität von diversen Programmen, Angeboten und Maßnahmen herangezogen werden, andererseits auch eine Legitimation für die notwendige Umsetzung von Veränderungen bieten. Dabei sollen erwünschte gesellschaftliche Veränderungen und Lernprozesse angeregt, dokumentiert und begleitet werden. Im Sinne einer entdeckenden Sozialforschung können die gewonnenen neuen Erkenntnisse zu einem tieferen Verständnis für den untersuchten Bereich beitragen. Kardorff beschreibt (2008, S.239) die Evaluationsforschung folgendermaßen: „...*die Überprüfung der Wirksamkeit, Effizienz*

und Zielerreichung von...pädagogischen und therapeutischen Interventionen...in komplexen und sich beständig ändernden Umwelten“. Für die gewonnenen Daten gilt, dass sie sich immer auf einen spezifischen Untersuchungsgegenstand beziehen, weshalb die Ergebnisse auch nur für diese spezielle Situation relevant und anwendbar sind und nicht generell auf ein anderes Aktionsfeld übertragbar sind. Qualitative Evaluationsforschung zeigt sich konstruktivistisch im zentralen Ansatz und folgt somit einem interpretativen Paradigma. (vgl. Mayring, 2002, S 62f; Bartholomeyczik et al, 2008, S 23; Kardorff, 2008, S 238f, 243ff)

Diese theoretischen Grundlagen ermöglichten die Entwicklung von arbeitsleitenden Fragen, bei deren Formulierung im Hinblick auf die qualitative Evaluation auf möglichst große Offenheit geachtet wurde und die sich wie folgt darstellen:

- Bekommen Patientinnen und Patienten mit der mündlich erhaltenen Beratung/Aufklärung alle Informationen, die sie für die Bewältigung der prä-, peri- und postoperative Behandlungsphase benötigen?
- Haben Patientinnen und Patienten die zusätzlich zur normalen Aufklärung und Beratung mit einer Begleitbroschüre = Patientenpass versorgt wurden, subjektiv das Gefühl auf ihre Fragen umfassend Information zu erhalten?
- Fühlen sich Patientinnen und Patienten die zusätzlich zur normalen Aufklärung und Beratung mit einer Begleitbroschüre = Patientenpass versorgt wurden umfassend informiert?
- Kann mit Einsatz einer Begleitbroschüre = Patientenpass die notwendige, aber zurzeit fehlende pflegerische Begleitung prä- und postoperativ „ersetzt“ werden?
- Kann der Patientenpass die Kommunikation zwischen Patientinnen bzw. Patienten und dem multiprofessionellen Behandlungsteam unterstützen?

10.2 Datenerhebung

Ausgehend vom gewählten Forschungsdesign ist für die Datenerhebung der Einsatz von qualitativen Interviews passend. Nach Mayer ist ein Interview *„eine planmäßige mündliche Befragung mit wissenschaftlicher Zielsetzung, in der die Befragte verbal Informationen mitteilt.“* (Mayer, 2007, S175)

Für die qualitative Datenerhebung stehen verschiedene Interviewformen zur Verfügung, das narrative Interview, das episodische Interview und das Leitfadeninterview. Für die Evaluationsuntersuchung in dieser Diplomarbeit wurden Leitfadeninterviews eingesetzt.

10.2.1 Das Leitfadeninterview

Das Leitfadeninterview kann ein nicht oder halb standardisiertes Interview sein.

Mayer definiert Leitfadeninterviews wie folgt: *„Ein Leitfadeninterview ist nicht oder halb standardisiert und orientiert sich flexibel an einem Interviewleitfaden mit offenen Fragen. Es empfiehlt sich, wenn das Ziel der Untersuchung nicht nur in der Erforschung subjektiver Erfahrungen, sondern auch in der Sammlung objektiver Informationen besteht.“* (Mayer, 2007, S 181)

Der Leitfaden ist eine Liste mit offen formulierten Fragen, die die Gesprächsgrundlage bilden und wird flexibel eingesetzt. Das bedeutet die aufgelistete Reihenfolge der Fragen muss nicht eingehalten werden, er kommt quasi flexibel und der Situation angepasst zum Einsatz. Es eignet sich für Interviews in denen mehrere Themen abgehandelt werden, wobei das Ziel der Untersuchung im Vordergrund steht. Eine zweite Möglichkeit für den Einsatz ist die Erhebung von singulären, genau bestimmbar Informationen. Zu den Leitfadeninterviews gehören z.B. das problemzentrierte (fokussiert auf die Erhebung der persönlichen Sichtweise zu einem bestimmten, vorab definierten Problembereich) oder das Experteninterview (Befragung von Personen die auf einem bestimmten Gebiet bzw. zu einer bestimmten Fragestellung Expertinnen oder Experten sind). (vgl. Mayer, 2007, S 181ff; Bartholomeyczik et al, 2008, S 26, S 63f und S 86)

10.3 Ethische Überlegungen

Auch im Bereich der Pflegeforschung sollten ethische Grundsätze und Überlegungen beachtet und eingehalten werden. Die Menschenwürde und die Rechte von Patientinnen und Patienten müssen gewahrt bzw. geschützt werden und Forschungsinteressen dürfen nicht höher bewertet werden, als die Interessen der beforschten Menschen. Pflegeforschung darf keinesfalls Schmerz, Leid oder sonstige Unannehmlichkeiten verursachen. Ziel von ethischen Überlegungen ist den Schutz der Teilnehmenden an Forschungsuntersuchungen zu gewährleisten, d.h. die TeilnehmerInnen mit den „Interventionen“ nur in einem zumutbaren Rahmen zu belasten, sowie Schutzmaßnahmen zu definieren sofern diese notwendig erscheinen.

(vgl. Mayer, 2007, S 60)

Ethische Überlegungen fordern aber auch, dass Forschungsmethoden nach bestem Wissen und Gewissen von den ForscherInnen korrekt zum Einsatz kommen sollten.

(vgl. Mayer, 2007, S 61)

Mayer definiert die beiden grundsätzlichen ethischen Anliegen in der Pflegeforschung wie folgt:

„Die Rechte derer zu schützen, die an Forschung teilnehmen, insbesondere die Rechte der Patientinnen.“

„Darauf zu achten, dass die Forschungsmethoden nach bestem Wissen korrekt angewendet werden.“

(Mayer, 2007, S 62)

Mayer (2007, S 62f) weist darauf hin, dass zahlreiche Ethikrichtlinien von verschiedenen Organisationen im Einsatz sind, wobei die Gemeinsamkeit dieser in der Definition der Prinzipien (Autonomie, Benefizienz, Non-Malefizienz, Gerechtigkeit) der biomedizinischen Ethik liegt. Konkret können davon drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes abgeleitet werden, an die man sich auch als ForscherIn im Bereich der Pflegewissenschaften halten sollte: Umfassende Information und freiwillige Teilnahme, Anonymität, Schutz des Einzelnen.

Diese Punkte werden nachfolgend näher betrachtet und im nächsten Kapitel in Verbindung zur Evaluationsuntersuchung bezüglich des Patientenpasseinsatzes gebracht.

10.3.1 Umfassende Information und freiwillige Teilnahme

Um Patientinnen und Patienten überhaupt die Möglichkeit zu eröffnen freiwillig an einer Untersuchung bzw. Studie teilnehmen zu können, ist es unumgänglich diese über die genaue Vorgehensweise, Sinn und Zweck, Aufwendigkeit und gegebenen Falles auch über Risiken der Studie zu informieren. Weiters müssen den Teilnehmenden verschiedene Rechte (Recht jederzeit „auszusteigen“, Recht Untersuchungen zu verweigern, Recht auf eine freie Entscheidung, Recht alle notwendigen Informationen zu erhalten) eingeräumt und zugesichert werden. Dies wird in der Regel mittels eines „informed consent“ in schriftlicher Form festgehalten. Dieser sollte folgende Inhalte aufweisen: Was ist der Zweck der Studie? Warum wird die Studie durchgeführt? Was für ein Nutzen ist für die Patientinnen und Patienten zu erwarten? Wie wird die Studie durchgeführt? Was haben die TeilnehmerInnen zu machen bzw. was wird von ihnen erwartet? Welcher Zeitaufwand ist zu erwarten? Welche Risiken könnten auftreten bzw. welche Schutzmaßnahmen werden ergriffen, um diese zu minimieren? Wie wird mit den Daten umgegangen? Hinweise dass die Teilnahme an der Studie jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden kann und dass die Teilnahme freiwillig erfolgt, d.h. dass für die Teilnehmenden im Falle eines Abbruchs bzw. Verweigerung der Teilnahme keine Nachteile entstehen.

(vgl. Mayer, 2007, S 62ff)

10.3.2 Anonymität

Die Zusicherung von Anonymität ist zwingende Voraussetzung für die Teilnahme an Forschungsuntersuchungen und muss schriftlich zugesichert werden. Dabei muss versichert werden, dass ein Rückschluss auf die Identität der Teilnehmenden im Bezug auf die getätigten Aussagen bzw. Ergebnisse nicht möglich ist. Persönliche Daten und Informationen müssen sicher verwahrt und nur den ForscherInnen zugänglich sein. Problematisch diesbezüglich kann allerdings sein, dass bei einer sehr kleinen Stichprobe und detaillierten Informationen dies nicht immer in vollem Umfang gewährleistet werden kann.

Bei eventuell aufgedeckten Fehlern in der Behandlung/Betreuung muss aber im Sinne der Patientensicherheit gewährleistet werden, dass diesbezüglich unverzüglich Maßnahmen getroffen werden müssen um weiteren Schaden abzuwenden bzw. zu verhindern.

(vgl. Mayer, 2007, S 67f)

10.3.3 Schutz der Einzelnen

Dieser Punkt ist vor allem bei experimentellen Forschungsansätzen sicher der problematischste, da jedes Experiment auch Risiken bergen kann, soll doch der positive Aspekt z.B. einer Behandlungsmethode bewiesen werden. Wäre man sich der positiven Wirkung sicher, so müsste ein Experiment nicht durchgeführt werden. Bei nicht experimentellen Forschungsdesigns ist möglicher Weise ein Risiko für einen Schaden der Untersuchten nicht gleich zu identifizieren, es muss aber immer auch bedacht werden, dass nicht allein physische, sondern auch psychische Schädigungen auftreten können. Es wäre z.B. bei extrem emotionalen Themen der Untersuchung möglich, dass TeilnehmerInnen in durchlebte und für sie sehr belastende Situationen zurückversetzt werden und dadurch psychischen Schaden nehmen könnten. All diese Möglichkeiten sollten vorab angedacht und über mögliche Hilfs- bzw. Verhinderungsmaßnahmen nachgedacht werden. Besonderer Beachtung hierbei bedürfen sogenannte vulnerable Personengruppen, wie z.B. Kinder, Menschen mit besonderen Bedürfnissen, psychisch Kranke. (vgl. Mayer, 2007, S 68ff)

Ein weiteres ethisches Prinzip, das diesem Kapitel zuzuordnen ist, ist das Prinzip der Wahrhaftigkeit. Vor allem bei der Auswertung und Interpretation der gewonnenen Daten ist es von großer Bedeutung. Werden z.B. Aussagen absichtlich falsch interpretiert oder wichtige Abschnitte eines Interviews nicht beachtet, weil sie nicht die gewünschten Ergebnisse zeigen, so wird auch die Wertigkeit der Aussage eines/einer TeilnehmerIn nicht adäquat gewichtet. Es kommt zu einer Missachtung der persönlich gemachten Erfahrungen. Dies muss unter allen Umständen vermieden werden. (vgl. Mayer, 2007, S 70f)

11 Vorgehensweise für Einsatz, Erprobung und Evaluation des Patientenpasses in der Praxis

Der Patientenpass wurde bei Patientinnen und Patienten mit operativem Ersatz des vorderen Kreuzbandes = Kreuzbandplastik, mittels körpereigener Sehnentransplantate, eingesetzt und erprobt.

11.1 Planung der Interviews

Für die Evaluationsuntersuchung in dieser Diplomarbeit wurden halbstandardisierte Leitfadeninterviews verwendet, sollen doch subjektive Eindrücke der Patientinnen und Patienten erhoben, die erhaltenen Informationen miteinander verglichen und nach Gemeinsamkeiten durchforstet werden, um gegebenen Falles Parallelen erkennen zu können. Es wurde für jeden der drei Befragungszeitpunkte ein Interviewleitfaden für die geplanten halbstandardisierten = semistrukturierten Interviews mit den Patientinnen und Patienten verwendet. Diese stellen quasi die Expertinnen und Experten im Bezug auf die erhaltene „Beratung“ dar, da sie alleine beurteilen können, inwieweit sie notwendige Informationen für die perioperative Pflege und Betreuung erhalten haben, oder auch nicht. Sie können identifizieren, welche Informationen sie benötigt hätten bzw. ob diese Informationen im Patientenpass enthalten waren, oder nicht.

11.1.1 Entwicklung der Interviewleitfäden

Relevante Fragen und Themenkomplexe wurden identifiziert und gesammelt, folglich daraus die Interviewleitfäden für die drei geplanten Interviews entwickelt. Die Leitfäden für die Interviewzeitpunkte wurden exemplarisch getestet, um den notwendigen Zeitaufwand pro Interview realistisch einschätzen zu können und eventuelle Unklarheiten in der Fragestellung identifizieren zu können. Die Abfrage von demographischen Daten war nicht erforderlich, da diese durch den Gatekeeper übermittelt wurden. Nachfolgend finden sich die Interviewleitfäden für die drei Interviews, wobei die Präzisierungshinweise für die Fragestellungen jeweils kursiv gedruckt sind.

Erstes Interview: wurde zwischen 1. und 2. post operativem Kontrolltermin durchgeführt. Dieser Zeitpunkt wurde gewählt, da die Patientinnen und Patienten schon die ersten Erfahrungen mit dem Patientenpass gesammelt haben. Dies ist vermutlich der Zeitrahmen, indem sich die Patientinnen und Patienten am intensivsten mit dem Patientenpass beschäftigen (nachlesen von Therapien, Medikamentenverordnung, Verhaltensmaßregeln,...). Die Eindrücke vom Krankenhaus und der anstrengenden ersten Tage daheim sind noch sehr präsent. Die Dauer des Interviews ist mit ca. 30 Minuten veranschlagt.

Interviewleitfaden – 1. Interview „Patientenpass“

1. Interview; PatientenpassNr.:..... Datum:.....

- ✓ Wie fühlen/fühlten Sie sich beim Umgang mit dem Patientenpass?
- ✓ Welche Informationen im Patientenpass haben Ihnen geholfen? *(Allgemeine Informationen? Medizinische Informationen? Informationen über Medikamente? Informationen für den Arzt/die Ärztin? Informationen über das Verhalten zu Hause, Körperpflege?)*
- ✓ Zu welchen Punkten im Patientenpass hätten Sie gerne mehr Informationen gehabt?
- ✓ Auf den Seiten „Vorbereitungen für die Operation“ sind einige Bereiche für PatientInnen auszufüllen. Was hat Ihnen dort gefehlt? Was hat geholfen? Wie waren die Seiten gestaltet?
- ✓ Was finden Sie besonders hilfreich im Patientenpass *(je Kapitel)?*
- ✓ Was sollte Ihrer Meinung nach im Patientenpass ergänzt werden?
- ✓ Bitte erklären Sie kurz wie sie sich eine Heparinspritze setzen?
- ✓ Wie hilfreich waren die Beschreibungen im Kapitel 8 *(Topfenumschlag, Thrombosespritze)?*
- ✓ Wo wäre eventuell noch Platz nötig, um Notizen machen zu können?
- ✓ Zu welchen Informationen die Sie im Patientenpass finden hatten Sie von ihrem Behandlungsteam nichts erfahren? *(Wurden zu allen Punkten auch mündliche Informationen erhalten? Wurden alle Punkte angesprochen?)*

Abbildung 21: Interviewleitfaden 1. Interview

Zweites Interview: wurde ca. 3 Monate nach der Operation durchgeführt. Nach dieser Zeit sind die „Nachwirkungen“ der Operation im Regelfall vorbei und die Patientinnen und Patienten befinden sich in der Rehabilitation, fangen an sich hauptsächlich mit der Physiotherapie zu beschäftigen. Nach diesem Zeitraum sollten im routinemäßig ablaufenden Verlauf Hilfsmittel und Medikamente nicht mehr nötig sein und daher bietet es sich an, Fragen speziell mit Schwerpunkt auf die Physiotherapie zu stellen. Die Dauer des Interviews wurde mit ca. 30 Minuten veranschlagt.

Interviewleitfaden – 2. Interview „Patientenpass“

2. Interview **PatientenpassNr.:..... Datum:.....**

- ✓ Wie sind Sie mit dem Patientenpass bis jetzt zurecht gekommen?
- ✓ Wie haben Ihnen die Informationen im Patientenpass geholfen?
- ✓ Was könnte man Ihrer Meinung nach am Patientenpass verbessern?
- ✓ Erklären Sie mir bitte, wie man einen Topfenwickel macht?
- ✓ Wie nützten Sie den Platz für Ihre Notizen aus? *(Haben Sie sich vor den Arztbesuchen Fragen an Ihren Arzt/Ärztin und an die PhysiotherapeutIn notiert? Welche Veränderungen im Layout wären hier nötig?)*
- ✓ Welche Übungen zur Physiotherapie haben Sie nach den Bildern und Anleitungen in den Seiten 43 bis 52 zu Hause nachgemacht?
- ✓ Wie konnten Sie die Eintragungen auf den Seiten „Meine Arzttermine“ lesen und verstehen?
- ✓ Zu welchen Informationen die Sie im Patientenpass finden hatten Sie von Ihrem Behandlungsteam nichts erfahren? *(Wurden zu allen Punkten mündliche Informationen gegeben bzw. wurden alle Punkte angesprochen?)*
- ✓ Wie konnten Sie die handschriftlichen Eintragungen auf den Seiten „Meine Physiotherapietermine“ lesen und verstehen? *(Welche Informationen haben gefehlt oder wurden nicht ausreichend gegeben?)*
- ✓ Wie gefällt Ihnen der Patientenpass als Begleitheft bis jetzt?

Abbildung 22: Interviewleitfaden 2. Interview

Drittes Interview: wurde ca. 6 Monate nach der Operation durchgeführt. Nach dieser Zeit ist normaler Weise der Großteil der Rehabilitation abgeschlossen. Die meisten Patientinnen und Patienten sind nach 6 Monaten mit der Physiotherapie fertig und können zum größten Teil wieder sportlich aktiv sein. Es folgen dem Kontrolltermin sechs Monate post OP, noch ein Termin 1 Jahr post OP und ein Termin 2 Jahre post OP beim Arzt. Die Behandlung an sich ist aber meist nach einem halben Jahr post OP abgeschlossen. Deshalb wurde dieser Zeitpunkt für ein Abschlussgespräch gewählt. Rückblickend ist interessant, wie dominant die bei den ersten beiden Interviews gemachten Aussagen nach so langer Zeit noch sind. Hat sich in der Betrachtungsweise etwas verändert oder bleiben die Statements schwerpunktmäßig präsent und relevant? Diese Schwerpunkte spiegeln sich in der Formulierung der Fragen wieder. Die Dauer des Interviews ist mit ca. 30 Minuten veranschlagt.

Interviewleitfaden – 3. Interview „Patientenpass“

3. Interview **PatientenpassNr.:..... Datum:.....**

- ✓ Wie sind Sie mit dem Patientenpass zu Recht gekommen?
- ✓ Was könnte man Ihrer Meinung nach am Patientenpass verbessern?
- ✓ Welche Informationen hätten Sie im Patientenpass gerne noch gehabt?
- ✓ Was gefällt Ihnen am Patientenpass? Was gefällt Ihnen NICHT am Patientenpass?
- ✓ Wie nützten Sie den Platz für Ihre Notizen aus?
- ✓ *(Wurden vor den Arzt- u. Physiotherapiebesuchen Fragen an diese notiert?)*
- ✓ Welche Übungen zur Physiotherapie haben Sie nach den Bildern und Anleitungen in den Seiten 43 bis 52 zu Hause nachgemacht?
- ✓ Wie konnten Sie die handschriftlichen Eintragungen auf den Seiten „Meine Physiotherapie- u. Arzttermine“ lesen und verstehen? *(Welche Informationen haben gefehlt oder wurden nicht ausreichend gegeben?)*
- ✓ Einmal angenommen, man würde den Patientenpass jedem Patienten mit einem Kreuzbandriss aushändigen:
- ✓ Was spricht dafür? *(VT für den Pat.)* - Was spricht dagegen? *(NT für die Pat.)*
- ✓ Wo könnte es Probleme geben?
- ✓ Bei welchen Patienten sollte man den Pat.Pass nicht aushändigen, bei welchen schon?

Abbildung 23: Interviewleitfaden 3. Interview

11.2 Einsatz des Patientenpasses mittels Gatekeeper

„Als Gatekeeper (deutsch: Torwächter oder Schleusenwärter) bezeichnet man in den Sozialwissenschaften metaphorisch einen (meist personellen) Einflussfaktor, der eine wichtige Position bei einem Entscheidungsfindungsprozess einnimmt.“ (wikipedia,2010)

Zum besseren Zugriff auf die in Frage kommenden Patientinnen und Patienten erfolgte die Identifikation eines „Gatekeepers“. Die Gatekeeperfunktion erfüllte der niedergelassenen Facharzt für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie Dr. Erich Altenburger, der auch den praktischen Einsatz des Passes von ärztlicher Seite mit den Patientinnen und Patienten erprobt hat. Er unterstützte bei der Auswahl der Patientinnen und Patienten und bei der Information dieser an der Erprobung des Patientenpasses teilzunehmen. Weiters war er an der Auswahl im Bezug auf die Relevanz der medizinisch notwendigen Information im Patientenpass beteiligt und stand als Berater diesbezüglich zur Seite.

11.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Die theoriegeleitete Auswahl der Patientinnen und Patienten erfolgte nach folgenden vorab festgelegten Kriterien gemeinsam mit dem Gatekeeper:

- möglichst breites Spektrum im Bezug auf: Alter, beruflichem Hintergrund, Geschlecht, sozialem Status, eventuelle Vorerfahrungen mit diesem Krankheitsbild bzw. der Operationsmethoden, OP in privaten und öffentlichen Krankenhäusern
- Abstand zwischen Erstkontakt mit dem Patientenpass und der stattfindenden Operation von mindestens zwei Wochen
- Bereitschaft an der Untersuchung teilnehmen zu wollen

Die Einholung eines „informed consent“ vor Einschluss in die Evaluationsuntersuchung war Voraussetzung für die Partizipation an dieser Untersuchung. Dies geschah im Rahmen eines Informationsgespräches über den Patientenpasseinsatz, vor der geplanten Operation. Die Patientinnen und Patienten erhalten darin, in schriftlicher Form festgehalten, jederzeit die Möglichkeit, von der weiteren Teilnahme an der Untersuchung ohne Angabe von Gründen, abzusehen. Siehe dazu auch Kapitel 10.4

(vgl. Kardorff; 2008; S 246ff und Merckens in Flick; 2008; S 286ff)

Es wurden insgesamt 14 Patientinnen und Patienten eingeschlossen. Zwei der Patienten mussten wieder ausgeschlossen werden, da sie nicht alle Interviews absolvierten, wobei ein Patient (Patientenpass Nr. 7) ungeplant ins Ausland übersiedelte und somit für die noch fehlenden Interviews nicht mehr greifbar und ein Patient (Patientenpass Nr. 10) ohne Angabe von Gründen nicht mehr zu einem dritten Interview bereit war.

11.4 Ethische Überlegungen für die geplante Evaluation

Unter Beachtung der theoretischen Grundlagen zu ethischen Überlegungen für den Bereich der qualitativen Pflegeforschung, wurden die drei Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes im Bezug auf diese Untersuchung näher beleuchtet und es kann festgestellt werden, dass im Falle der Evaluationsuntersuchung im Bezug auf den Patientenpasseinsatz alle geforderten Kriterien erfüllt wurden, wie nachfolgend begründet wird.

11.4.1 Umfassende Information und freiwillige Teilnahme

Die Patientinnen und Patienten wurden vor Einschluss in die Untersuchung vom Gatekeeper um ihre Bereitschaft zur Teilnahme gebeten. Gleichzeitig erfolgte eine kurze Information bezüglich der geplanten Untersuchung. Zeigten die Patientinnen bzw. Patienten Interesse, wurde ein ausführliches Informationsgespräch geführt. Dies beinhaltete alle oben geforderten Inhalte eines informed consent. Es erfolgte nochmals verbal eine explizite Information darüber, dass jederzeit die Möglichkeit besteht, ohne Angabe von Gründen, die Teilnahme zu beenden und dass sämtliche Daten nur in anonymisierter Form verarbeitet werden. Weiters wurde den Patientinnen und Patienten sowohl vom Gatekeeper (war der behandelnde Arzt) als auch von der Forscherin versichert, dass sich durch den Einsatz des Patientenpasses an der Behandlung an sich nichts verändert, sondern dass dieser zusätzlich zum Einsatz kommt. An diesen Informationsgesprächen nahmen immer Patientin bzw. Patient, der behandelnde Arzt der den Einsatz des Patientenpasses mit erprobte und die Untersucherin teil. Sie fanden entweder im Rahmen einer OP-Voruntersuchung oder auf spezielle Einladung zu diesem Gespräch statt, falls sich die Koordination aller Beteiligten nicht mit einem geplanten Arztbesuch vereinbaren lies. Für explizit

durchgeführte Gesprächstermine wurden vom Gatekeeper keine Behandlungskosten⁶² in Rechnung gestellt, von der Forscherin sowieso nicht. Die Patientinnen und Patienten erhielten den Patientenpass ohne Kosten und durften ihn nach Ende der Untersuchung behalten. Alle TeilnehmerInnen erklärten sich dazu bereit, im Falle von auftretenden Fragen auch weiterhin der Forscherin zur Verfügung zu stehen.

Ein Abhängigkeitsverhältnis zum behandelnden Arzt bestand in keiner anderen Weise, als dies auch ohne den Einsatz des Patientenpasses bestanden hätte, da die Befragungen diesbezüglich ausschließlich von der Forscherin in Vier-Augen-Gesprächen/Interviews mit den TeilnehmerInnen durchgeführt wurden. Es wurde personenbezogenes Stillschweigen über die getätigten Aussagen der TeilnehmerInnen von Seiten der Untersucherin zugesagt und dies auch schriftlich vermerkt, weshalb Nachteile durch negative Äußerungen im Bezug auf die Behandlung durch den Arzt/die Physiotherapie, für die Patientinnen und Patienten ausgeschlossen werden konnten.

11.4.2 Anonymität

Alle TeilnehmerInnen unterzeichneten einen informed consent indem Anonymität schriftlich zugesagt wurde. Es wurden insgesamt 14 Patientinnen und Patienten eingeschlossen. Dies war eine ausreichend große Anzahl von TeilnehmerInnen, denn es zeigte sich, dass sich die Aussagen in vielen Bereichen deckten, sodass ein Rückschluss auf ihre Identität aufgrund der getätigten Aussagen nicht möglich war. Im Bezug auf entdeckte Unzulänglichkeiten, vor allem bei der pflegerischen und physiotherapeutischen Betreuung der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus, wurde zeitnah zu den Interviews Kontakt mit dem behandelnden Arzt aufgenommen, um auf diese reagieren und zukünftig Verbesserungen bzw. eine adäquate Betreuung gewährleisten zu können. Die transkribierten Interviews werden in digitaler Form und als Hardcopy bei der Forscherin aufbewahrt, ebenso die persönlichen Daten der TeilnehmerInnen, falls eine neuerliche Kontaktaufnahme notwendig wäre.

⁶² Anmerkung: der behandelnde Arzt (Gatekeeper) arbeitet in einer Privatpraxis, weshalb für Arztbesuche Honorare gezahlt werden müssen. Diese können von den Patientinnen bzw. Patienten nachträglich bei den Krankenkassen eingereicht werden und es erfolgt zumindest ein teilweiser Kostenersatz im Rahmen der üblichen Kassentarife. Für die explizit vereinbarten Informationsgespräche für den Patientenpasseinsatz wurden keine Arzthonore verrechnet, d.h. die Patientinnen und Patienten hatten einen zusätzlichen Informationstermin mit dem Arzt und der Forscherin ohne dass ihnen zusätzliche Kosten entstanden.

11.4.3 Schutz der Einzelnen

Da es sich hier um eine Evaluationsuntersuchung handelt, sind durch den Einsatz des Patientenpasses weder physische noch psychische Schäden zu erwarten, da sich die Behandlung und Betreuung (medizinisch, physiotherapeutisch, pflegerisch) nicht dadurch unterscheidet, ob dieser zum Einsatz kommt oder nicht. Der Patientenpass ist sozusagen eine Ergänzung der momentanen Behandlung und Betreuung bei operativem Ersatz eines gerissenen Kreuzbandes. Weiters sind keine Patientinnen und Patienten aus einer der im Kapitel 10 definierten vulnerablen Menschengruppe eingeschlossen worden. Alle Patientinnen und Patienten waren volljährig und für sich selbst entscheidungsfähig. Bei der Auswertung der Interviews wurden alle getätigten Aussagen den gestellten Fragen zugeordnet, in den Transkripten farblich markiert und in weiterer Folge zusammengefasst, um in Tabellen aufgeführt miteinander verglichen und interpretiert werden zu können. Besonders wichtig erscheinende Aussagen wurden als direkte Zitate nochmals extrahiert und gekennzeichnet, um auszugsweise in dieser Diplomarbeit aufgeführt zu werden.

11.5 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden alle von der Verfasserin dieser Diplomarbeit als Einzelinterviews mittels weichen Kommunikationsstils als Face-to-Face Befragungen durchgeführt. Dabei bestand für die Befragten jederzeit die Möglichkeit zusätzliche und für sie bedeutende bzw. wichtige Informationen geben zu können. Weiters wurde die Möglichkeit offen gehalten, die Reihenfolge der Fragen eventuell dem Erzählfluss der Interviewten anzupassen und im Bedarfsfall Zwischen- bzw. Verständnisfragen zu stellen. Die Fragen wurden dem qualitativen Untersuchungsstil nach offen gestaltet, um die Überlegungen für die Inhalte des Patientenpasses überprüfen und eine Vergleichbarkeit bzw. Divergenz in den Aussagen der Befragten erkennen zu können. (vgl. Flick, 2009, S 270; Mayer, 2007, S 174ff)

Den Interviews ging ein **Erstgespräch**, das spätestens zwei Wochen präoperativ geführt wurde, voran. Ziel war, dieses Gespräch mit den Patientinnen und Patienten zu führen, sobald festgelegt wurde, dass eine Kreuzbandersatzoperation durchgeführt wird. Im Rahmen dessen wurde der Patientenpass ausgehändigt und es diente zur Aufklärung/Information bezüglich des Handlings und der Verwendung Patientenpasses und hatte folgende Inhalte:

- Warum wird der Patientenpass ausgegeben
- Rahmenbedingungen für die Teilnahme an der Untersuchung
- Wie soll der Patientenpass verwendet werden
- Warum und wie sollen die Befragungen (= Interviews) stattfinden

Die 3 Leitfaden gestützten Interviews je TeilnehmerIn wurden, beim ersten bzw. zweiten Kontrolltermin nach der OP, ca. drei Monate nach OP und ca. sechs Monate nach OP durchgeführt, wobei die Terminvereinbarung für die Interviews auf die ärztlichen Kontrolluntersuchungstermine abgestimmt und auf persönliche Wünsche der Patientinnen und Patienten Rücksicht genommen (z.B. Terminverschiebungen aufgrund von Urlaub, Erkrankung oder beruflicher Verpflichtungen). Dieser Rahmen wurde gewählt, um die Zeitressourcen der Patientinnen und Patienten, für die Interviews, möglichst wenig zu strapazieren, denn es waren durch diese Vorgehensweise in der Regel keine Extratermine notwendig. In der Regel waren die TeilnehmerInnen mit der Forscherin beim Interview allein und diese fanden fast immer anschließend an eine Kontrolluntersuchung, in den Ordinationsräumen des

Gatekeepers statt. Bei einem Interview war die fachkompetente Mutter (= Ärztin) anwesend. Dies lag darin begründet, dass der Patient noch sehr jung war und es in der postoperativen Betreuung Unstimmigkeiten und große Unzufriedenheit beim Patienten gegeben hatte. Es war der Mutter ein Anliegen, die gemachten Erfahrungen auch aus ihrer Sicht darzulegen, um folglich eine Verbesserung in der pflegerischen und physiotherapeutischen Betreuung im Krankenhaus erzielen zu können.

Einige wenige Interviews wurden auf Wunsch der TeilnehmerInnen entweder bei ihnen daheim oder in öffentlichen Räumen (z.B. Restaurants) durchgeführt. Im Falle der drei Interviews, die in öffentlichen Räumlichkeiten stattfanden, wurde darauf geachtet, dass ein Tisch ausgewählt wurde, wo größtmögliche Ungestörtheit und „Intimität“ (möglichst Nachbartische unbesetzt, Tische die „abgelegen“ waren) vorgefunden wurde. Weiters erfolgte in diesen Situationen der Hinweis der Forscherin, dass möglicher Weise die Interviews von unbeteiligten Dritten mitgehört werden könnten. Dies war den Patientinnen und Patienten bewusst, aber sie störten sich nicht daran, weshalb die Interviews durchgeführt werden konnten. In diesen Fällen wurde die Situation im Interview explizit erwähnt und somit verbal dokumentiert. Die Auswahl der öffentlichen Örtlichkeiten war immer den Befragten überlassen worden, wobei teilweise Vorschläge im Bezug auf die Eignung der Lokalitäten aufgrund der Ortskenntnisse der Forscherin gemacht, diese aber nicht immer angenommen wurden.

Bei allen Interviews wurden die genauen Umstände unter denen sie stattfanden, die Dauer, sowie die beteiligten Personen dokumentiert. Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet, später wörtlich transkribiert. Informationen, die einen Rückschluss auf die befragte Person zugelassen hätten, wurden anonymisiert bzw. entfernt.

11.6 Auswertung der Interviews

Die transkribierten Interviews wurden vollständig durchgesehen und die Aussagen der Befragten den einzelnen Fragen jedes Interviewleitfadens zugeordnet. Anschließend wurden die Statements unter bestimmten Aspekten betrachtet, thematisch zusammengefasst. Die betrachteten Aspekte orientierten sich an den Fragestellungen dieser Arbeit und waren Grundlage für die Entwicklung eines Kategoriensystems, mittels dem die Überprüfung der Aussagen auf Gemeinsamkeiten stattfand. Die Kategorien entsprachen einzelnen Worten, die einem bestimmten Zustand, Verhalten oder Gefühl des/der Interviewten entsprechen.

Bei der Kategorienbildung wurde darauf geachtet, dass sie sich weder zu feingliedrig, noch zu umfangreich darstellten, um ausreichend zuordenbare Textpassagen zu finden. Weiters sollten diese eindeutig zu trennen sein. Die Formulierung der Kategorien wurde eher offen gewählt, um Erwähnungen in mehreren Kategorien möglichst zu vermeiden. Ein weiterer Anspruch bei der Kategorienbildung war die Treffgenauigkeit im Bezug auf die formulierten Fragestellungen für die Evaluationsziele.

Um die Brauchbarkeit der gewählten Kategorien zu testen, wurden die Interviews der Patienten herangezogen, die nicht für die Untersuchung herangezogen werden konnten, da sie nicht für alle drei Interviews zur Verfügung gestanden hatte. Bei diesen Interviews konnte festgestellt werden, dass sich die Aussagen der beiden Patienten sehr gut allen Kategorien zuordnen ließen und dass keine Textpassagen vorlagen, die nicht kategorisiert werden konnten. Die gesprochenen Sätze wurden jeweils als Sinneinheiten kodiert und falls Textpassagen auftraten, die in mehrere Kategorien passten, wurden sie allen passenden zugeordnet.

Überschneidungen gab es z.B. in den Kategorien „Sicherheit“ und „Angst“. Ein Patient sagte im ersten Interview: „.....dann wieder man traut sich nicht zu fragen, erstens und zweitens fallen einem Fragen zu spät ein, da muss immer so etwas wie ein roter Faden sein, dass die Leute auch wirklich aufschreiben was sie fragen wollen, ich glaube dass die meisten Menschen einfach Angst haben den Doktor zu löchern.“

(PP2/I1/Z98-102)

Legt man nun den Farbcode, der nachfolgend erläutert wird, über diese Aussage, so findet sich in diesem Satz zu Beginn die Kategorie Angst, gefolgt von Sicherheit und am Ende wieder die Angst.

Zur Verdeutlichung findet sich nachfolgend ein Überblick über die verwendeten Kategorien und jeweils eine kurze Erläuterung dieser. Auf der folgenden Seite wird der zur Anwendung kommende Farbcode erläutert und ein Ausschnitt aus einer Kodierungstabelle dargestellt.

Sicherheit

Aussagen bezüglich der subjektiv empfundenen Sicherheit der Patientinnen und Patienten im Bezug auf die im Patientenpass enthaltenen Informationen zu unterschiedlichen Bereichen der perioperativen Versorgung. Explizit betonte Benefits, also Vorteile für die UserInnen

Angst

Diese Kategorie war ursprünglich gar nicht angedacht worden, aber aufgrund zahlreicher Aussagen der Patientinnen und Patienten, dass sie durch den Erhalt der umfangreichen Informationen im Patientenpass eine Reduktion ihrer Angst feststellten, wurde eine eigene Kategorie diesbezüglich gewählt. Ebenso werden hier Aussagen bezüglich eventueller Nachteile durch den Patientenpass zugeordnet, wenn sie den Anschein erweckten, dass die Patientinnen und Patienten „Unwohlsein“ oder Angst ausdrückten.

Information

Alle Aussagen bezüglich notwendiger, erhaltener und immer wieder abrufbarer Informationen wurden dieser Kategorie zugeordnet

Verbesserungsvorschläge

Verbesserungsvorschläge zu allen Bereichen des Patientenpasses von seitens der UserInnen

Handling

Wie sind die Patientinnen und Patienten mit dem Patientenpass zurecht gekommen? Hierbei war vor allem auch interessant, wie die Inhalte mit der Praxis übereinstimmten, wie Eintragungen gehandelt wurden und wie verständlich der Pass ist.

Wissensdefizite

Diese Kategorie enthält Aussagen der Patientinnen und Patienten bezüglich nicht ausreichend erhaltener Informationen in der präoperativen Phase, im Krankenhaus und in der postoperativen Phase.

Abbildung 24: Übersicht - Kategorisierung

In einem weiteren Arbeitsschritt erfolgte die Extraktion der Kernaussagen und das Einfügen dieser in Übersichtstabellen zwecks Zuordnung zu den Kategorien, wobei diesen verschiedene Farben (siehe Abb. 23) zugewiesen und dann über die, der jeweiligen Kategorie zuzuordnenden Aussagenzelle gelegt wurden, um einen raschen Überblick gewinnen zu können.

I 1	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5
PP 1	Pat. fühlt sich sicher mit dem PP, besonders wenn er offene Fragen hatte	Verschiedene OP-Methoden, Infos über die Medikamente. Möglichkeit nachzusehen wenn man was vergessen hat, Bilder rufen Dinge wieder in Erinnerung	Genügend Infos im PP enthalten!	Pat. hat PP erst eine Woche vor OP erhalten – muss mind. 2 Wo vorher sein! Vorbereitung f. d. OP wären super gewesen, Physio vorher	Optimal, dass man nachlesen kann; man hat eine Zusammenfassung der OP u. des Verlaufes
PP 2	Gute Vorbereitung auf die OP, völlig neu, guter Überblick über alles, man kann nachlesen	Besonders die Übungen, denn da kann man nachsehen, wenn man sie vergisst. Aufforderung Fragen zu stellen und diese aufzuschreiben. So viele Infos zur OP erhalten, war noch nie so entspannt!	Detailliertere Infos zu den Medikamenten (genaue Wirkung, Indikation, Vergleich der Medikamente)	Sehr gut gestaltet, tolle Info, Wichtigkeit der Physio prä OP thematisiert; richtiger Umfang; Farbcode ROT für die ganz wichtigen Dinge und Fettdruck für wichtige!	Checkliste fürs KH; Topfenumschläge – sensationell beschrieben; Infos über Wunde und VW; Infos über Körperpflege z.B. dass Duschen erlaubt ist u. wie man es macht; Verhalten daheim viele praktische Tipps- wichtig!!! Man kann quasi nichts vergessen; Fremdwörterverzeichnis
PP 3	Hat mir viele Fragen beantwortet die ich mir gestellt hatte	Konnte immer nachlesen besonders die bildliche Unterstützung hat viel geholfen, Erklärung des Procedere, OP-Formen, Verbandwechsel. Wann die nächsten Termine sind (Kontrolltermine im Überblick)	Infos über die ersten Stunden und Tage nach der OP – Überblick über diese Zeit. Zusatzinfo wie Physiotherapeutin mit dem Pass umgehen soll. Welche Übungen man gleich machen darf	Infos über die ersten Stunden und Tage nach der OP – Überblick über diese Zeit. Sehr gut gestaltet. Infos über die Vorbereitungsuntersuchungen	Konnte immer nachlesen besonders die bildliche Unterstützung hat viel geholfen. Erklärung des Procedere, OP-Formen, Verbandwechsel, Pflege und Verhalten daheim

Abbildung 25: Ausschnitt - kategorisierte, extrahierte Aussagen 1. Interview, Patientenpass 1-3, Frage 1-5 („I“ = Interview; „PP“ = Patientenpassnummer; „F“ = Frage)

Nach Sichtung aller Kategorien werden auffällige Punkte hervorgehoben, zusammengefasst und als Ergänzung der allgemeinen Beschreibung besonders treffende oder beeindruckende Aussagen der Patientinnen und Patienten aus den einzelnen Interviews zitiert.

12 Ergebnisse der Evaluation des Patientenpasseinsatzes

Im Folgenden wird ein Überblick über die Ergebnisse, bezogen auf die einzelnen Kategorien, aus Sicht der Autorin dieser Arbeit gegeben. Anschließend daran wird die Beurteilung des Patientenpasseinsatzes aus Sicht der Patientinnen und Patienten beleuchtet.

12.1 „Sicherheit“ durch Informationen im Patientenpass

Diese Kategorie hatte bei der Beurteilung des Patientenpasses durch die Patientinnen und Patienten einen hohen Stellenwert. In allen drei Interviews und bei allen UserInnen war deutlich geworden, dass sie ein Gefühl von Sicherheit durch den ausgehändigten und verwendeten Patientenpass empfanden. Dies lag vor allem darin begründet, dass laut Aussagen der Befragten alle relevanten Informationen im Patientenpass enthalten waren, die verbal durch das Behandlungsteam besonders im Bereich der perioperativen Pflege, größtenteils fehlten. Bereits in den ersten Interviews wurde von den Patientinnen und Patienten immer wieder mit Nachdruck erwähnt, dass die empfundene Sicherheit durch den Erhalt und die Nutzung des Patientenpasses für sie sehr wichtig war. Ein Patient sagte im ersten Interview zu diesem Thema: *„Super! Echt super, na also es ist sehr gut, man weiß zwar einige Dinge, aber es gibt einem noch mal ein Gefühl der Sicherheit, wenn man das nachlesen kann. Fand ich sehr gut!“* (PP3/I1 /Z125-127)

Besonders deutlich war die Wichtigkeit der empfundenen Sicherheit durch die Informationen im letzten Interview, also quasi im Rückblick auf die „Akutzeit“, betont worden. Selbst mit doch erheblichem zeitlichen Abstand zu dieser Phase, war offensichtlich das Gefühl der Sicherheit für die Patientinnen und Patienten einprägend gewesen, wie im folgenden Zitat erkennbar wird: *„An und für sich ich finde ihn sehr gut und sehr hilfreich, er hat mir insofern besonders vor und nach der OP sehr geholfen und hat mir auch ein Gefühl der Sicherheit irgendwo gegeben. Ich kam mir da teilweise nicht so verloren vor mit dem was da dann auch auf mich zugekommen ist...am Anfang war er wirklich sehr hilfreich, so der rote Faden durch die OP und die Zeit danach.“* (PP3/I3/Z7-12)⁶³

⁶³ Abkürzungserklärung: PP = Patientenpass; I = Interview; Z = Zeile

Das Gefühl der Sicherheit wurde meist damit begründet, dass zu jeder Zeit die Möglichkeit bestand, im Patientenpass nachzusehen, falls Fragen oder Unsicherheiten aufgetaucht waren. Ein Patient drückt dies im zweiten Interview wie folgt aus: *„Also ich find das gut, wenn man was bekommt, das man mitnehmen kann, zum Nachlesen, weil oft fällt einem dann später noch was ein. Weil so ein Infogespräch ist einfach zu viel, man ist aufgeregt. Da ist man nervös und nur auf das Knie konzentriert, dann vergisst man die unter Anführungszeichen nicht so wichtigen Dinge einfach und selbst wenn der Doktor was dazu sagt, man hört es nicht immer alles.“* (PP12/I2/F2/Z93-95)

Eine weitere Begründung, warum sich Patientinnen und Patienten sicherer fühlten, zeigt die folgende Aussage auf: *„Na dass man die Termine nicht vergessen kann, dass man Fragen, weil da kommt man dann immer erst daheim drauf was man noch fragen hätte wollen, reinschreiben kann, das schaut sich der Doktor auch immer an bei jedem Termin, das ist sicherer, vergessen wird da eigentlich nie etwas.“* (PP13/I3/Z42-49)

Die Möglichkeit auftretende Fragen an das Behandlungsteam aufschreiben zu können und damit die Gewissheit zu haben, dass diese auch auf alle Fälle beim nächsten Termin zur Sprache kommen, gab zusätzlich ein Gefühl der Sicherheit.

Sicherheit wurde auch empfunden, weil der Pass vermittelte Informationen, nochmals in speziell aufbereiteter Form präsentierte. Die Patientinnen und Patienten konnten sich also vergewissern, ob sie beim Aufklärungsgespräch alles richtig verstanden hatten, wie die folgende Aussage zeigt: *„Der Patient hätte Sicherheit, ein Stückchen mehr Sicherheit, weil Dinge die jetzt im Arztgespräch auch erklärt werden,... man ist als Patient in einer Ausnahmesituation und man hört es zwar vielleicht, aber man speichert es nicht gescheit ab und da kann ich einfach wirklich nachschauen, kann es mir nochmal nachlesen, kann es mir nochmal anschauen. ... Also ein Stückerl mehr Sicherheit die ich habe und auch mit den Medikamenten, Schmerzmittel wo ich einfach nachlesen kann und wo ich eine Versicherung habe, dass ich es verstanden habe.“* (PP6/I3/Z175-187)

Es scheint somit für die Patientinnen und Patienten extrem wichtig zu sein, jederzeit auf Informationen, die von für sie vertrauenswürdigen Personen aufbereitet wurden, zurückgreifen zu können, damit im perioperativen Setting der Behandlung nach Kreuzbandplastik ein Gefühl der Sicherheit empfunden wird.

12.2 „Wissensdefizit“ aufgrund fehlender Informationen vom Behandlungsteam

Nach den ersten Interviews zeigte sich, dass die Patientinnen und Patienten durchgehend ohne speziell darauf angesprochen zu werden, davon berichteten, dass sie für sie wichtige Informationen, besonders aus dem Bereich der Pflege und für das Verhalten daheim, nicht vermittelt bekommen haben. In weiterer Folge wurde demnach dieser Punkt in den Interviewleitfäden explizit thematisiert. Erkannt wurde dieses Wissensdefizit allerdings oft erst im häuslichen Umfeld, wenn die Patientinnen und Patienten auf sich alleine gestellt waren. Dies war insofern problematisch, da ja nun nicht so einfach fachkompetente Hilfe vom Behandlungsteam erhalten werden konnte. Es wurde allerdings von allen Befragten betont, dass sich viele offenen Fragen mittels des Patientenpasses beantworten haben lassen. Dazu folgende Aussagen: *„...also da fand ich für mich wertvolle Informationen, die man so in der Form nur schwierig von den Schwestern und dem Krankenhauspersonal bekommt.“* (PP3/I1/Z20-23)

„Infos aus dem täglichen Bereich, das ist wichtig und keiner sagt einem wie es richtig geht, das kriegt man nicht, von daher gesehen ist der Pass sehr hilfreich, total.“ (PP9/I3/Z157-158)

„Viele Infos bekommt man vom Arzt nicht und auch beim Pflegepersonal hab ich sie vermisst, die Infos hatte ich nur aus dem Pass z.B. Topfenumschlag, die haben mir einen gemacht, aber erklärt hat mir niemand was und wenn man eh Schmerzen hat und nur von einmal hinschauen, ich hätte es mir so nicht selber machen können. Eisbeutel ist auch so eine Sache, das sagt einem keiner, dass man den schon vorher für nachher kaufen gehen soll. Das Pflegepersonal kann dich im Vorhinein nicht informieren, abgesehen davon, dass sie es nicht einmal im Nachhinein tun, weil die trifft man erst im Spital, so gesehen war der Pass eine echte Hilfe. Das sind zwar vielleicht auf den ersten Blick alles Kleinigkeiten, aber wenn man drei oder vier Tage nicht weiß was oder wie mach ich was und noch dazu Schmerzen hat, dann ist das nicht so lustig.“ (PP12/I3/Z178-188)

Wissensdefizite wurde von allen Befragten in allen Interviews thematisiert und betrafen hauptsächlich Informationen aus dem Bereich der perioperativen Pflege, dem Verhalten postoperativ daheim, aber auch im Bereich der Physiotherapie wurde dies thematisiert. Bei letzterem Punkt war das „Wissensdefizit“ hauptsächlich im Bezug

auf die Übungen zu finden, wo die Patientinnen und Patienten angaben, dass sie diese vergessen hatten und im Patientenpass nachsehen bzw. nachlesen konnten.

Dieses doch sehr eindrücklich geschilderte Gefühl, dass sich Patientinnen und Patienten „unwissend“ und teilweise alleine gelassen fühlten, war in der ausgeprägten Form nicht erwartet worden. Besonders im Bezug auf die notwendigen Informationen aus dem Bereich der Pflege fanden sich bei allen Interviews Aussagen dazu, dass notwendige Informationen und Beratung nicht oder nur sehr eingeschränkt stattgefunden hatte. Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus bekamen die Patientinnen und Patienten nicht oder nur unzureichend Informationen für das Verhalten daheim, wie die folgenden Textpassagen zeigen:

„Verhalten zu Hause, also das find ich irrsinnig super, dass das drinnen steht und auch die Informationen über die Körperpflege sind auch total wichtig, das sind einfach Sachen die der Arzt nicht sagt und die sie im Krankenhaus auch nicht wirklich besprechen.“ (PP11/I1/Z65-68)

„Also das gehört jetzt nicht hin, aber das fand ich auch sehr gut, es ist ja so dass man im Krankenhaus oft recht zügig entlassen wird und da gehen Informationen oft einfach verloren, drum find ich es sehr gut, dass die hier einfach visualisiert wurden,“ (PP3/I1/Z98-101)

„Das war überhaupt ein Witz,...die Entlassung war dann halt einfach anziehen, Sachen zusammenpacken und gehen.“ (PP12/I1/Z271-276)

„...wie lange trag ich den Stützstrumpf oder wie steig ich gescheit in die Dusche rein, das sind so alltägliche Dinge, an die denkt der Mediziner eher nicht...Körperpflege ist ja Aufgabe der Schwestern und nicht des Arztes...wenn man das schriftlich hat reicht es eigentlich, ...denn für ein persönliches Gespräch bleibt ja wenig Zeit bei der Entlassung selbst ist eigentlich wo du wirklich Informationen brauchen würdest, da ist das zeitmäßig sehr eng alles.“ (PP5/I3/Z216-234)

Erstaunlich dabei war, dass einerseits sehr wohl darüber geklagt wurde, dass wesentliche Informationen vor der Entlassung aus dem Krankenhaus, besonders aus dem Bereich der Pflege, nicht vermittelt wurden, andererseits aber für das Pflegepersonal und auch für die MedizinerInnen immer wieder Entschuldigungen gefunden wurden, warum dies nicht geschah. Dies waren Gründe wie, „die haben halt sehr viel zu tun“, „ich hab ja nicht danach gefragt“, oder die „Schuld“ im Bezug auf das Wissensdefizit gar bei sich selbst gesucht wurde, da man ja nicht selbstständig zu bestimmten Dingen nachgefragt hatte. Weiters betonten einzelne Patientinnen und

Patienten auch, dass sie mit ihren ehrlichen Aussagen niemanden in Schwierigkeiten bringen wollten. Dazu die folgenden Aussagen.

„Wo ich keine Infos bekommen habe, hätte mich auf die Füße stellen können, hab ich aber nicht, war halt einfach so, das war die Wundversorgung zu Hause, da hab ich eigentlich nichts erfahren, hab dann den Erich⁶⁴ angerufen, Gott sei Dank hab ich das können, weil ich nicht sicher war, ob ich das Pflaster jetzt runter nehmen soll oder oben lassen soll. Es hat zwar geheißen es ist ein Duschpflaster, man kann es oben lassen, aber man hat mir nicht gesagt wie lange und dann war ich nicht sicher, das hat mir gefehlt. Dort habe ich vergessen zu fragen weil ich einfach vielleicht zu aufgeregt war und dann zu Hause ist es mir aufgefallen und da hab ich gedacht irgendwie fehlt mir das.“ (PP6/I2/Z99-109)

„Nein eine richtige Einschulung zur Thrombosespritze hab ich definitiv nicht bekommen, aber ich möchte da jetzt niemanden anschwärzen.“ (PP11/I2/Z96-97)

Eines der wesentlichsten Ergebnisse dieser Untersuchung scheint die Aufdeckung des für die Patientinnen und Patienten als schwerwiegend und belastend empfundene fehlen von „Beratung“ vor der Entlassung aus dem Krankenhaus. Besonders fehlende Informationen für die Körperpflege, die Wundpflege und das Verhalten daheim wurden hier genannt. Auch unzureichende oder fehlende Schulung im Bezug auf die Thromboseprophylaxe wurde von fast allen Patientinnen und Patienten erwähnt. Alle betonten aber, dass diese fehlenden Informationen im Patientenpass enthalten waren und sie nachlesen konnten. Fehlt der Patientenpass in der perioperativen Betreuung und besteht auch sonst nicht die Möglichkeit im Bedarfsfall gezielt bei Expertinnen oder Experten nachfragen zu können, so stellt sich die Frage, wie kommen Patientinnen und Patienten an für sie notwendigen Informationen? Es werden hierzu Strategiemethoden angewandt, die bedenklich und zu hinterfragen sind, indem z.B. nach nur sehr oberflächlich und ungenauen Beschreibungen aus dem Beipacktext eines Antithrombosemedikamentes dieses angewandt, oder einfach für einige Tage nicht geduscht wurde, da man nicht genau wusste wie man mit Krücken in die Dusche und dann wieder heraus kommen sollte.

⁶⁴ Gemeint war mit „Erich“ der behandelnde Arzt Dr. Erich Altenburger, mit dem der Patient befreundet ist und deshalb die Möglichkeit hatte, diesen auch privat telefonisch zu kontaktieren.

12.3 „Informationen“ im und aus dem Patientenpass

Die Tatsache, dass Informationen, einerseits weil sie vergessen wurden, andererseits weil sie gar nicht gegeben wurden, jederzeit nachgelesen werden konnten, wurde besonders im dritten Interview von allen Patientinnen und Patienten hervorgehoben und als äußerst positiv bewertet, wie in den folgenden Aussagen deutlich wird:

„Also die Idee find ich total gut. Da hat man das Gefühl einfach es ist alles drinnen, man hat Alles, man braucht sich keine Sorgen machen, dass irgendwas fehlt als Patient und man weiß eben jede Berufsgruppe hat ihren Senf dazugegeben.“ (PP11/I3 /Z130-132)

„Der Mensch kann ja auch mit einem Stadtplan besser die Bürgermeister Schmidt Straße finden ganz einfach und das ist ein Stadtplan (klopft auf den Pass), so vergleich ich es ein bisschen,...es ist eine große Hilfe ob ich die Bürgermeister Schmidt Straße finde oder nicht, oder ob ich überhaupt weiß wo das Kreuzband verdammt nochmal ist oder wie es aussieht, denn die meisten Menschen wissens's nicht!“ (PP2/I1/Z364-369)

„Also es ist reichlich Info drinnen, mehr als reichlich, also gefehlt hat mir – wüsste nicht was, also ich wüsste nicht was mir jetzt passiert ist, was da drinnen nicht steht, nein es ist wirklich gut aufgelistet alles....jemand der keine Ahnung hat und der sich das durchliest weiß meiner Meinung nach alles was man halt wissen muss für vor, nach und die Zeit im Krankenhaus.“ (PP12/I1/Z107-113)

Prinzipiell geht es für die Patientinnen und Patienten nicht nur darum, dass Sie Informationen vom Behandlungsteam erhalten, sondern sie möchten eine Zusammenfassung oder aber auch zusätzliche Informationen in schriftlicher Form erhalten, die sie daheim und in Ruhe nochmals nachlesen können.

Dies scheint darin begründet zu liegen, dass z.B. im Aufklärungsgespräch bezüglich der Operation zahlreiche Infos erhalten werden, diese aber nicht immer richtig behalten oder verstanden werden können. Der Gatekeeper arbeitet bei der OP-Aufklärung zwar immer mit 3D-Modellen des Kniegelenkes, um anschaulicher erklären zu können, aber den Patientinnen und Patienten fehlt in der Regel das anatomisch-physiologische Grundverständnis darüber, wie ein Kniegelenk normaler Weise funktioniert. Folglich ist es schwierig zu verstehen, wie und warum ein gerissenes vorderes Kreuzband die normale Funktion des Kniegelenks beeinflusst. Können Basisinformationen im Patientenpass nachgelesen werden, verstehen

Patientinnen und Patienten plötzlich auch, warum die Entnahme der körpereigenen Sehnen die Funktionalität des Kniegelenks nicht wesentlich beeinflusst, wenn anschließend an die OP Muskelaufbautraining absolviert wird. Dies spiegelt sich auch in der folgenden Aussage im Patientenpass 11 wieder, die diese Punkte, die von allen Patientinnen und Patienten immer wieder erwähnt werden, aber nicht so konkret und kompakt wiedergegeben werden, in einem Satz zusammenfasst. *„Ich find den irrsinnig toll und hilfreich für Patienten und dass sie eben genau wissen und sehen was passiert da eigentlich mit meinem Knie und was gibt es da überhaupt für Strukturen und wie schaut das aus und genau wie die Vorbereitung vor dem Krankenhaus ist und nachher wie man sich verhalten soll. Also ich find den sehr nützlich und das könnte es ruhig bei anderen Operationen auch geben!“* (PP11/I2/Z113-117)

Auch im Bezug auf die Tatsache, dass ausreichend „Beratung“, die eigentlich bei einem optimalen Entlassungsmanagement erfolgen sollte, um die postoperative Phase auch in häuslicher Pflege gut zu meistern, in der Realität kaum durchgeführt wird, erhalten die Informationen im Patientenpass zu diesem Themenbereich, zusätzliches Gewicht, wie folgende Aussage zeigt: *„Tja, das ist das ganze Rundherum, nicht, Verhalten zu Hause, wie es mit dem Duschen ist, solche Sachen, Körperpflege das sind Dinge – Verbandwechsel, Wundpflege das ist eher was, was vernachlässigt wird und man wenig aufgeklärt wäre, ja das sind die Hauptpunkte. Wär auf viele Dinge nicht draufgekommen, der Pass hat alles abgedeckt.“* (PP5/I2/Z172-178)

Immer wieder kam in den Interviews zur Sprache, dass für die Befragten nicht allein wichtig war nur die notwendigen Informationen abrufen zu können, es war genauso wichtig, dass diese von für sie „vertrauenswürdigen“ Personen aufbereitet worden war. Auch hier wieder eine Aussage, die dies klar auf den Punkt bringt im Anschluss. *„...es war eine super Zusatzinformation und zusätzliche eine schöne Zusammenfassung, hat sicher mehr richtigen Informationsgehalt, wenn man weiß von wem das kommt.“* (PP9/I3/Z95-97)

Zusammengefasst scheint somit für die Patientinnen und Patienten extrem wichtig zu sein, jederzeit auf Informationen, die von für sie vertrauenswürdigen Personen aufbereitet wurden, zurückgreifen zu können, damit bei der perioperativen Behandlung bei Kreuzbandersatzop das Gefühl, sie umfassend Begleitung erfahren wurde, empfunden wird.

12.4 „Angst“ im perioperativen Setting

Angst im perioperativen Setting war auch für die hier befragte Patientinnen- und Patientengruppe bei allen Interviews ein Thema. Bei manchen war sie nur unterschwellig zu erkennen, andere aber thematisierten diese bei fast jedem Interview. Dies steht sicherlich auch im Zusammenhang mit den sehr unterschiedlichen Charakteren der Befragten. Waren manche von Grund her ängstlicher, gab es auf der anderen Seite auch die „Coolen“, die scheinbar nichts aus der Ruhe brachte. Tatsache ist aber, dass alle Patientinnen und Patienten „Angst“, zumindest in einem Interview, in irgendeiner Form ansprachen, auch wenn dabei über die Angst anderer Patienten philosophiert wurde. Hierzu ein paar Statements aus unterschiedlichen Interviews.

„also was mir so gut gefällt ist, dass man so schön da durchgeführt wird, von A-Z, von vorher bis nachher und das zu wissen, es ist quasi eh nicht so schlimm, war schon gut.“ (PP4/I3/Z53-55)

„Na allgemein von Anfang an eine totale Erleichterung, weil ich den Eindruck hatte, dass man super informiert ist, dass man sich etwas reinschreiben kann, dass man sich Fragen aufschreiben kann, dass man einfach ein Sicherheitsgefühl irgendwie in dem Ganzen hat, bei dem ganzen Verlauf der Behandlung. Man weiß schon im Vorhinein Einiges mehr, man kann sich die zukünftige OP bildlich vorstellen weil das alles schön erklärt ist und das gibt ein gutes Gefühl und man sieht sich nicht so hilflos der ganzen Sache gegenüber.“ (PP9/I1/Z5-11)

„Gute Aufklärung ist wichtig, die Angst zu nehmen ist der wichtigste Punkt und das ist aber ein ganz wichtiger Faktor vom Patientenpass, also der Patientenpass ist für mich ein Faktor von – ich brauch keine Angst zu haben, weil ich hab eine Guideline, also ich hab etwas, was mir , also wo ich sagen kann, Scheiße da hab ich jetzt tatsächlich was vergessen, und das find ich sehr gut.“ (PP2/I2/Z145-150)

Angst wird von den Befragten nicht nur damit begründet, dass aufgrund von fehlender Information ein Unsicherheitsgefühl entsteht, das über das normale „komische Gefühl in der Magengegend“ im Bezug auf eine Operation vorhanden ist, hinausgeht, sondern auch dadurch zustande kommt, dass man nicht genau weiß, was wirklich auf einen zukommt bzw. womit zu rechnen ist. Dabei wird auch thematisiert, dass selbst falls eine „schlimme Zeit“ mit Schmerzen und Unannehmlichkeiten auf einen Menschen zukommt, man damit besser umgehen kann, wenn man sich darauf vorab einstellt. Dann ist alles nicht mehr ganz so schlimm, weil man weiß in ein paar Tagen ist es

wieder vorbei und es geht einem wieder besser. Patient 8 fasst dies in folgendem Statement zusammen: *„Es ist sehr informativ, so manchem würde es sicher seine Angst nehmen, weil wenn man nicht weiß was kommt jetzt auf einen zu, Jesus, nein wie wird das sein, dann hat man Angst und so weiß ich es einfach, kann mich drauf einstellen von dem her.“* (PP8/I3/Z81-84)

Eine interessante Aussage konnte von einem Patienten erhalten werden, der bereits am anderen Knie zwei Jahre zuvor eine Kreuzbandplastik erhalten hatte. Der Patient wurde von einem Oberarzt privat im öffentlichen Krankenhaus betreut. Sechs Wochen nach der Verletzung wurde die Kreuzbandplastik durchgeführt. Es erfolgte eine übliche präoperative Aufklärung zur Operation. Schriftliche Informationen rund um die OP gab es keine. Beim zweiten Kreuzbandriss wurde der Patient vom Gatekeeper betreut und erhielt zusätzlich die Begleitung von pflegerischer Seite von der Autorin und durch den Patientenpass. Auf die Frage wie sich die beiden Behandlungen unterschieden, antwortete der Patient: *„Der Pass ist am Anfang schon sehr wichtig, finde ich, weil da steht schon ziemlich viel drinnen, was man alles machen kann, jetzt auch mit den ganzen Übungen...ist schon eine Erleichterung, überhaupt wenn ein Patient den ersten Kreuzbandriss hat, dann ist das sicher noch mehr eine Hilfe. Der wesentliche Unterschied zwischen dem ersten und dem zweiten – mit den ganzen Gesprächen vom Herrn Doktor und mit ihnen, also es war schon viel ausführlicher, was eigentlich viel besser war. Da hat man nicht so eine Angst. Man ist besser vorbereitet.“* (PP13/I2/Z3-23)

Besser vorbereitet zu sein, scheint für die Patientinnen und Patienten ein wesentlicher Faktor bei der Reduktion von Angst zu sein. Dies wird immer wieder in den Interviews erwähnt und erhält zusätzlich Gewicht, wenn ein Patient, der den direkten Vergleich hat, die Wichtigkeit von ausführlicher Information besonders betont, um weniger Angst zu empfinden.

Ein letzter Punkt soll noch angesprochen werden, der mittlerweile auch beforscht wird, nämlich der Einfluss von negativen Gefühlen und Angst begründet durch „Unwissenheit“ auf den Operations- und Genesungsverlauf. Fragen dazu wurden während der Interviews nicht gestellt. Diese Thematik wurde aber von fünf der zwölf Patientinnen und Patienten angeschnitten. Teilweise waren dies nur kurze Anmerkungen im Laufe des Interviews, aber ein Patient hat ganz explizit dazu Stellung genommen und merkt an: *„Dass man sich positiv darauf vorbereitet, ist entscheidend bei jeder OP, man sagt ja auch immer, wenn man ein mulmiges Gefühl oder ein negatives Denken vor der OP hat, dann ist es auch oft so, dass die OP nicht so gut verläuft, das ist ja oft eine Hirngeschichte und der Pass hilft da wirklich sehr, dass man sich damit auseinandersetzt, dass man vielleicht Ängste die man hat, dass einem die genommen werden und dass man genau weiß was passiert, dann nachher und was muss ich da machen, dass alles da ist was ich brauch, das ist da sicher sehr hilfreich.“* (PP8/I3/Z196-204)

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Patientinnen und Patienten allgemein anmerken, dass gute Aufklärung und das Erhalten von notwendigen Informationen bezüglich des Verlaufes und Handling der perioperativen Phase, notwendige Voraussetzungen sind, damit Angst vor der Operation und der Phase danach reduziert oder sogar verhindert werden kann. Sie fordern Informationen ein, egal ob in mündlicher oder schriftlicher Form, Hauptsache sie ist verfügbar.

12.5 Verbesserungsvorschläge für den Patientenpass von Seiten der Patientinnen und Patienten

Bei der Frage nach Verbesserungsvorschlägen für den Patientenpass konnten keine allgemeinen Übereinstimmungen detektiert werden. Aussagen diesbezüglich bezogen sich hauptsächlich auf persönlich auftretende „Probleme“ und wurden auch als solche angesprochen.

12.5.1 Verbesserungsvorschläge im Bezug auf „Komplikationen“

Einzelne Patienten und Patientinnen äußerten Wünsche nach Vorgehensweisen bei möglichen „Komplikationen“. Das Wort Komplikationen wird hier deshalb unter Anführungszeichen gesetzt, da nicht alle erwähnten Erscheinungen wirklich Komplikationen darstellen. Eine postoperative Schwellung und auch Hämatome an der Transplantatentnahmestelle sind durchaus normale Begleiterscheinungen bei solch einer Operation. Für die Befragten erscheint aber offensichtlich ein größeres Hämatom bereits bedrohlich und macht Angst. Sie möchten gezielt Information wie sie dieses behandeln können bzw. wann sie dringend einen Arzt zu Rate ziehen müssen. Ebenso verhält es sich im Bezug auf Gelenksergüsse oder auch mögliche Rötungen im Gelenksbereich. Nicht immer sind diese so ausgeprägt, dass es sich dabei wirklich um Komplikationen handelt, sondern können, wie im Falle der Hämatome auch „normale“ Begleiterscheinungen darstellen. Für die Patientinnen und Patienten ist eine Beurteilung, was ist noch normal und wann muss ich mich dringend an Fachpersonal wenden, nicht einfach. Sie wissen nicht genau, wann eine Erscheinung nicht mehr normal ist. Dies wollen sie im Patientenpass beschrieben wissen.

Ein Patient wies z.B. postoperativ eine starke Schwellung des Kniegelenkes aufgrund eines Gelenksergusses auf und hat sich folglich Fotos eines stark geschwollenen Knies und ein spezielles Handling dafür im Pass gewünscht. Ein weiterer Patient hätte gerne noch mehr Infos bezüglich Infektionen im Knie gehabt, oder wie pathologische Veränderungen des Kniegelenks (z.B. Hämatome) nach einer OP aussehen können. Dies sollte mittels Fotos dokumentiert werden.

12.5.2 Verbesserungsvorschläge im Bezug auf Begleitverletzungen

Es kommt immer wieder vor, dass erst während der Operation Begleitverletzungen im Knie gefunden werden. Dies lag auch bei zwei der Befragten vor. Postoperativ ist dann, falls der Meniskus refixiert wird, ein etwas abweichender Verlauf der Rehaphase zu beachten. Folglich wurde von diesen Beiden ein zusätzliches Infoblatt für begleitende Meniskusverletzungen und Spezialitäten diesbezüglich gefordert.

12.5.3 Verbesserungsvorschläge im Bezug auf das Layout

Vereinzelt wurden Verbesserungsvorschläge betreffend das Layout gemacht. Angesprochen wurde dabei, dass es günstig wäre in den Kästchen in denen die UserInnen ihre Notizen bzw. Eintragungen machen können/sollen, Linien auf denen geschrieben werden kann eingefügt werden sollten. Es wäre laut eines Patienten damit eine gewisse Verbesserung im Schriftbild der Eintragenden zu erwarten, da man auf Linien leichter schreibt.

Ein anderer Patient hatte die Idee, den Bereichen im Patientenpass je nach Profession eine eigene Farbe zuzuordnen, damit für die UserInnen gleich erkannt werden kann, in welchem Bereich er sich gerade befindet. Der selbe Patient wünschte sich auch ein „Lesezeichen“, also z.B. ein Band, mit dem die Seite auf der man zu lesen aufgehört hat, oder wo der nächste Arzttermin ist, kenntlich gemacht werden und folglich leichter wieder gefunden werden kann. Die Anbringung einer „Vorrichtung“ (z.B. Einstecktasche, Klarsichtfolie) zur Aufbewahrung von z.B. Überweisungsscheinen, Rezepten oder Befunden, wurde vom selben Patienten vorgeschlagen.

Die Mehrzahl (10 von 12) der Befragten war aber mit dem Layout voll und ganz zufrieden und konnte keine Verbesserungsvorschläge zum Layout definieren.

12.5.4 Verbesserungsvorschläge im Bezug auf allgemeine Inhalte

In diesem Punkt wurden die meisten Vorschläge gemacht. Erstaunlich dabei war, dass trotzdem die Patientinnen und Patienten immer wieder angaben, dass sie alle notwendigen Infos zumindest mittels des Patientenpasses vermittelt bekommen haben, diese immer noch nicht für alle ausreichend zu sein scheinen. So wurden z.B. von Patient 2 noch mehr Infos bezüglich der Medikamente gefordert. Er wollte genaue Statements bezüglich Wirkung bzw. vergleichbarer Wirkung der einzelnen Schmerzmittel und Indikation der Medikamente.

Im Bereich der Physiotherapie wurde der Wunsch nach detaillierteren Angaben zu den Übungen geäußert. Es sollte z.B. drinnen stehen, welche speziellen Muskelgruppen bei welcher Übung trainiert werden oder ab wann genau man die jeweilige Übung machen darf. Auch sollte noch einmal detailliert darüber informiert werden, wie wichtig die Physiotherapie für den Operationserfolg ist und dass Physiotherapie bereits vor der Operation durchgeführt werden sollte.

Von drei Befragten wurde ein Übersichtsplan über den Routineverlauf der postoperativen und rehabilitativen Phase gewünscht. Dieser sollte quasi den Fahrplan durch die Rehabilitation darstellen, um besser planen zu können. Einerseits im Bezug auf die Länge des notwendigen Krankenstandes und andererseits auch für den privaten Bereich, z.B. ab wann kann man sinnvoller Weise wieder einen Urlaub planen. Hierzu gehört auch der Wunsch nach detaillierterer Information bezüglich der unmittelbaren postoperativen Phase im Krankenhaus und den ersten Tagen daheim. Ein Patient hat diesbezüglich Informationen eingefordert. Er wollte genau darüber informiert sein, was z.B. am ersten post OP-Tag, am zweiten usw. zu erwarten ist.

Weiters forderten fünf von zwölf Befragten eine Checkliste für die Entlassung. Diese sollte ähnlich aufgebaut sein, wie die für den Krankenhausaufenthalt. Dies wurde damit begründet, dass viele notwendigen Informationen für die postoperative Phase daheim, nicht erhalten wurden und die Patientinnen und Patienten aufgrund des Wissensdefizites was auf sie daheim zukommt, gezielte Fragen bei der Entlassung nicht stellen können.

Als wesentlicher Punkt der laut vier Patientinnen und Patienten dringend eingefügt werden müsste, wird eine Kurzbeschreibung über die Anwendung der Camopedschiene, vor allem in den ersten Tagen nach der Operation, noch im Krankenhaus identifiziert. Sie hatten die Erfahrung gemacht, dass das Üben mit der Schiene vom behandelnden Arzt angeordnet wurde, aber sich das Personal im Krankenhaus (sowohl Pflege, als auch Physiotherapie) nicht mit dem Gerät auskannte. Die Schiene wurde dann „irgendwie“ und ohne individuelle Adaption zum Einsatz gebracht, was für die Betroffenen teilweise mit starken Schmerzen, aufgrund von nicht korrekter Einstellungen für die ersten Übungseinheiten, verbunden war. Die Versorgung mit der Schiene im häuslichen Bereich durch einen Vertreter der Firma, wurde dann aber wieder als sehr gut bezeichnet. Aufgrund der guten Einschulung konnten aber im Nachhinein die Anwendungsfehler im Krankenhaus identifiziert und folglich zur Sprache gebracht werden.

Als letzte Forderung zur Verbesserung im Bezug auf die Inhalte soll hier noch kurz Erwähnung finden, dass sich eine Patientin Informationen bezüglich bürokratischer Dinge gewünscht hatte. Dies war z.B. wie und wo reiche ich einen Verordnungsschein für die Physiotherapie ein, oder welche Rechnung sollte wo und wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Zusatzversicherung eingereicht werden, um Kosten rückerstattet zu bekommen. Diese Informationen hätte auch ein Patient, der ursprünglich aus einem ausländischen Gesundheitssystem kam, gerne gehabt.

Allgemein ist bezüglich der eingeforderten Verbesserungsvorschläge interessant gewesen, dass diese hauptsächlich im ersten und dritten Interview erwähnt, oder sogar gefordert worden waren. Am dominantesten waren diese im ersten Interview, möglicher Weise, weil sich die Patientinnen und Patienten am Beginn der Behandlung am intensivsten mit dem Pass beschäftigt haben. Die Äußerungen zu den Verbesserungen wurden teilweise sehr emotional zum Ausdruck gebracht, was den Schluss nahe legt, dass das Fehlen der angesprochenen Punkte für die Patientinnen und Patienten einen hohen Stellenwert einnahm.

Beim letzten Interview könnte diesbezüglich, der bereits gewisse Abstand zur Operation und die Tatsache, dass hier diese Dinge deutlich formaler angesprochen wurden, dadurch beeinflusst sein, dass die Befragten mittlerweile mehr oder minder Expertinnen und Experten für dieses Krankheitsbild sind und aufgrund der zeitlichen Distanz, quasi von „oben herab“ auf die vergangenen sechs Monate geblickt wird. Bei der zweiten Befragung äußerten nur zwei der zwölf Patienten einen Wunsch nach Verbesserungen. Es wäre zu hinterfragen, wie und warum es zu diesen Häufungen gekommen ist.

12.6 Beurteilung des Patientenpasseinsatzes durch die Patientinnen und Patienten – Kategorie „Handling“

Grundsätzlich wurde der Patientenpass von allen Befragten äußerst positiv beurteilt. Es gab keine Hinweise, dass das Handling zu aufwendig oder unpraktisch gewesen wäre. Einige Schwerpunkte die positiv besonders hervorgehoben wurden, war z.B. Gliederung vom Anfang der Behandlung, mit dem Schwerpunkt auf die Informationen zum Verletzungsbild und den Behandlungsmöglichkeiten, dann der Überblick über die Operation und nachfolgend über die postoperative und Rehabilitationsphase. Dies bringen die Patientinnen und Patienten wie folgt zum Ausdruck: *„...die Aufteilung von den Punkten her, vor allen Dingen was die ersten Schritte, die zweiten Schritte usw. und vor allen Dingen die Geschichten, was auch außerhalb vom Krankenhaus sind, denk ich ist ne sehr gute Geschichte.“* (PP2/I1/Z27-29)

Was ich wirklich unwahrscheinlich gut finde, sind diese Arzttermine: 1. Kontrolltermin, 2. Kontrolltermin und mit der Zeitangabe z.B. 2. Kontrolltermin ca. 3 Wochen nach der OP, das find ich super, weil das gibt einem so einen zeitlichen Rahmen an dem man sich orientieren kann.“ (PP3/I1/Z210-213)

„Auch die Vorbereitungen sind find ich total wichtig und haben mir auch irrsinnig geholfen, also mit den Untersuchungen und was man dann wirklich braucht und mitnimmt. Also ich hätte die Krücken sicher vergessen.“ (PP11/I1/Z74-76)

„Na es ist auf jeden Fall eine super kompakte Information und eben es ist halt alles in einem Heft zusammengefasst, also die Termine, die Ansprechpersonen, die Informationen, die Übungen das ist super ein Riesenvorteil glaub ich.“ (PP9/I3/Z127-129)

Weiters wurde die Möglichkeit Fragen aufzuschreiben als äußerst positiv hervorgehoben. Dies begründeten die Befragten damit, dass sie diese Fragen, hätten sie nicht die Möglichkeit gehabt sie im Patientenpass zu notieren, wahrscheinlich vergessen hätten, denn diese auf Zettel aufzuschreiben und sie aufzuheben, daran denkt man meistens nicht. Patientinnen und Patienten beschreiben dies wie folgt: *„...ja das ist eh klar, das mit den Kontrollterminen ja vor allem was mir gut gefallen hat war auch falls einem doch etwas bis zum nächsten Termin mit dem Doktor, also nach der OP noch Fragen einfallen, die man halt hat und da kann man das schön auch anführen da, das ist auch eine gute Leiste da, dass man nicht vergisst was man den Doktor halt fragen wollte, das ist eine gute Geschichte.“* (PP8/I1/Z47-51)

„...dass man Fragen aufschreiben kann, das braucht jeder, weil jeder hat Fragen weil das Ganze ja nicht so alltäglich ist,...“ (PP13/I3/Z105-106)

„Vor allem aber für Menschen die normaler Weise mit einem Arzt nicht so viel zu tun haben, da ist man irgendwie dann doch immer nervös wenn man in eine Ordination kommt, also da ist das auf jeden Fall gut, wenn man seine Informationen dabei hat und vor allem seine Fragen, die man unbedingt stellen will.“ (PP9I3/Z167-171)

„Nein, aber das mit dem Aufschreiben ist gut, ich mach das immer so, nachher vergisst man eh, da fällt dir auf einmal eine Frage ein und ich nehme dann gleich das Heft (Anmerkung: Patientenpass) und schreib die ein, weil sonst vergisst man das das nächste Mal.“ (PP8/I2/Z115-118)

Bezüglich der verwendeten Ausdrucksweise und Fachsprache waren die Patientinnen und Patienten sehr zufrieden. Sie fanden sich als medizinische Laien angenommen und hatten keine Schwierigkeiten die angebotenen Informationen zu verstehen. Die Nähe des Patientenpasses zu den UserInnen war für sie erkennbar und sie fühlten sich ernst genommen in ihrer „Unwissenheit“, die sonst für sie eher als Nachteil im Dialog mit den Fachleuten zum Tragen kommt. *„Es ist ne sehr direkte und auch ne sehr klare Art in der Hinsicht, es wird nicht unnötig verkompliziert oder mit Fachjargon irgendwie – ja also ich find ihn sehr direkt, sehr hilfreich. Er ist konzeptionell sehr nah am Patienten dran, weil glaub ich auch vieles, weil nicht aus der Sicht des Arztes oder so dargestellt wird, sondern vor allem aus der Sicht des Patienten und was mir sehr gut gefallen hat, sind vor allem die Anleitungen hinsichtlich der Thrombosespritze und Topfenwickel, auch quasi diese Struktur der Begleitung durch die einzelnen Phasen.“ (PP3/I3/Z51-59)*

„...da ist ja eh alles so beschrieben, dass man es versteht, auch als Laie“ (PP11/I3/Z110-111)

Das Vorhandensein eines Fremdwörterverzeichnisses, um z.B. diverse Befunde verstehen zu können, wurde ebenfalls als äußerst positiv hervorgehoben. Immer wieder wurde dieses während der Interviews kurz erwähnt, weil es für die Patientinnen und Patienten sehr hilfreich war. Patient 8 ging nochmals ganz explizit darauf ein, als die Frage nach dem Umgang mit dem Patientenpass gestellt wurde und antwortete unter anderem darauf wie folgt: „...*das ist auch gut, also das muss ich auch noch sagen, das Fremdwörterverzeichnis ist auch super, also da z.B. wenn man die Befunde bekommt und so überhaupt vom Spital, dann oder vom Doktor, dann kann man da auch nachlesen was WAS heißt*“ (PP8/I1/Z123-125)

Zusammengefasst lässt sich hier sagen, dass eigentlich alle Befragten sehr zufrieden über die zusätzliche Begleitung ihrer Behandlung mit dem Patientenpass waren. Der Umgang damit war für sie positiv belegt und es wurden beim Handling keine ernstzunehmenden negativen Begleiterscheinungen angesprochen. Lediglich ein Patient erwähnte die Spiralbindung, da sie knicken könnte als kleinen Nachteil, wobei er am Ende des Statements meinte, das wäre jetzt nur ein Scherz gewesen.

12.7 Nachteile bzw. zu erwartende Probleme durch den Patienten-Passeinsatz aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Im letzten Interview wurden die Patientinnen und Patienten dazu befragt, welche Nachteile und Probleme sie eventuell beim Einsatz des Patientenpasses sehen würden. Weiters wurde noch angesprochen, welchen Menschen der Patientenpass nicht gegeben werden sollte und um Begründungen diesbezüglich gebeten. Sieben von zwölf Befragten konnten weder Nachteile, noch mögliche Probleme identifizieren. Im Bezug darauf welchen Menschen man den Patientenpass nicht aushändigen sollte, antworteten neun von zwölf damit, dass prinzipiell jeder den Pass bekommen sollte.

12.7.1 Nachteile für die Patientinnen und Patienten durch den Patientenpass

Es wurden keine gravierenden Nachteile für die UserInnen identifiziert. Ein Befragter zeigte auf, dass sich Patientinnen und Patienten eventuell zu sehr auf den Pass verlassen könnten. Auf Nachfrage diesbezüglich meinte er, dass sichergestellt werden müsste, dass Aufklärung trotz Patientenpass stattfindet und die Patientinnen und Patienten weiterhin ermutigt werden, das Behandlungsteam bei Unklarheiten zu fragen und nicht nur auf den Patientenpass zu vertrauen.

Zurzeit ist der Patientenpass auch nur in Deutsch im Einsatz, was als Voraussetzung für den Einsatz impliziert, dass alle UserInnen der deutschen Sprache mächtig sein müssen, außerdem wäre es schade, den tollen Patientenpass jemandem auszuhändigen, der ihn ohnedies nicht versteht.

Ein weiteres Statement war, dass sich manche Patientinnen und Patienten eventuell bevormundet fühlen könnten. Dies wurde damit begründet, dass Termine z.B. von den Arztbesuchen mehr oder minder in engem Rahmen vorgeschrieben sind, oder man als UserIn das Gefühl haben könnte, man müsse auf alle Fälle immer eintragen. Im Nachsatz wurde diese Begründung allerdings wieder insofern relativiert, indem gemeint wurde, man müsse ja nicht in den Pass „reinschauen“ und ihn benutzen, falls man sich bevormundet fühlen würde.

Der aus Sicht der Autorin möglicher Weise am problematischste Nachteil könnte eine Hemmschwelle Fragen zu stellen, sein. Wenn im Patientenpass alles so klar und deutlich geschildert und erklärt wird und die Patientinnen und Patienten aber trotzdem noch eine Frage, oder etwas nicht verstanden haben, könnte es laut Patient 9 dazu kommen, dass sich diese nicht mehr zu fragen trauen, weil sie nicht als „die Dummen“ dastehen wollen. Lt. Befragtem müssten die MedizinerInnen nochmals explizit darauf hinweisen, dass Fragen, und mögen sie noch so gut im Patientenpass erklärt sein, oder noch so sehr den Anschein haben dumm zu sein, trotzdem jederzeit gestellt werden dürfen und willkommen sind.

Ein Patient brachte noch einen vermeintlichen Nachteil zur Sprache, den er aber gleich wieder egalisierte: *„Also der Nachteil (lacht) man muss immer ein Heft mitnehmen, aber was soll das schon für ein Nachteil sein, weil dort stehen ja meine Fragen an den Arzt wieder drinnen, nein keine Nachteile, der Pass hat mich immer begleitet.“* (PP13/I3/Z176-178)

12.7.2 Probleme beim Einsatz des Patientenpasses

Das kurioseste Statement zu diesem Punkt machte Patient 8. Er meinte, dass seiner Meinung nach das einzige Problem, das auftreten könnte wäre, dass niemand vom Behandlungsteam etwas in den Pass eintragen würde. Dann hätte nämlich der Patient einen großteils leeren Pass, allerdings wären noch immer die zahlreichen anderen Informationen drinnen. Ein weiteres Problem, das zur Sprache kam und für Erheiterung sorgte, war, dass man als UserIn den Pass verliert und dann die Informationen, die man immer griffbereit hatte, nicht mehr abrufbar wären. *„Was für Nachteile, wüsste ich jetzt nichts, weil Informationen sind nie schlecht glaub ich und so eine Vergessenshilfe, also dass man sich da was aufschreibt, ich glaub nicht, dass das irgendwie eine Belastung sein kann, das nimmt man einfach im Rucksack mit und passt schon. Probleme geben könnt es nur, wenn man ihn verliert und dann nichts mehr zum Nachschauen hat (Pat. lacht):“* (PP13/I3/Z111-116) Im Nachsatz wurde gesagt, dass schon angenommen wird, dass in solch einem Fall ein Ersatzpatientenpass ausgehändigt werden würde.

Ein Patient sieht ein Problem, falls Übungen aus dem Kapitel Physiotherapie zum falschen Zeitpunkt nachgemacht und ohne Begleitung durch Physiotherapeutinnen oder –therapeuten ausprobiert werden. Dann könnte es zu Schmerzen aufgrund von Überanstrengung oder Verletzungen kommen, was sich für die Patientinnen und

Patienten nachteilig auswirken könnte. Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, bei den Übungen noch zusätzlich anzugeben, ab wann diese ca. durchgeführt werden dürfen und die Patientinnen und Patienten nochmals explizit darauf hinzuweisen, dass die Übungen im Patientenpass nur als Ergänzung zur Physiotherapie dienen und nicht ohne Rücksprache mit dem MedizinerInnen bzw. Therapeutinnen und Therapeuten durchgeführt werden sollten.

Weiters wurde aufgeworfen, dass es zu Problemen für die MedizinerInnen kommen könnte. Dies wurde damit begründet, dass aufgrund der steigenden Anzahl der durch den Patientenpass gut informierten Patientinnen und Patienten, diese sich mit vermehrtem Frageaufkommen und Wünschen nach sehr detaillierten Informationen zur Behandlung konfrontiert sehen könnten. Nicht allen MedizinerInnen würde dies Recht sein, meinte Patient 2. Außerdem würde sich jedes Mitglied im Behandlungsteam als den „wichtigsten Part“ während der Behandlung sehen, jedoch im Patientenpass ist gleichberechtigte Teamarbeit gefordert. Alle sind gleich „wichtig“, ohne Mithilfe der Patientinnen und Patienten bleibt der Erfolg genauso aus, als wenn z.B. die Physiotherapie schlampt. Nur wenn alle an der Behandlung beteiligten Personen als Team zusammenarbeiten, steht am Ende der Erfolg, nämlich ein Patient mit vollständig rehabilitiertem Kniegelenk.

12.7.3 Wem sollte der Patientenpass nicht ausgehändigt werden?

Einem Profisportler, der ohnehin sein Behandlungsteam praktisch rund um die Uhr hinter sich stehen und den ganzen Tag Zeit für Rehabilitation hat, dem bräuchte man lt. Patient 3 diesen nicht aushändigen.

Nicht ausgehändigt sollte der Patientenpass Menschen werden, die starke kognitive Einschränkungen bzw. Defizite aufweisen oder die Probleme beim sinnerfassenden Lesen haben. Problem dabei ist allerdings lt. Patient 9, dass man selten darüber Bescheid weiß, ob die Patientinnen oder Patienten lesen können oder nicht. Im Falle von Menschen mit kognitiven Einschränkungen wurde gesagt, dass diese den Pass vielleicht nicht selbst bekommen sollten, in jedem Fall aber deren BetreuerInnen.

Allgemein wurden von der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten aber keine Probleme oder Nachteile durch den Einsatz des Patientenpasses gesehen.

12.8 Benefits bzw. Vorteile durch den Patientenpass aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Alle Patientinnen und Patienten beurteilten den Patientenpass als eindeutig positives Begleitinstrument durch die Behandlungszeit nach einer Kreuzbandplastik. Die Benefits überwiegen eindeutig. Eine sehr detaillierte Aussage der Patientin 11, die eigentlich den Großteil an allen erhaltenen Einzelinformationen der anderen Befragten impliziert, wird im Folgenden zitiert:

„Also erstens wird genau beschrieben alles, also man hat einen Plan, man weiß was man mitnehmen muss in Krankenhaus, dann kann man sich ungefähr vorstellen, was die Ärzte einen fragen werden und was man wissen muss, schon davor, weil man ja den Pass eben schon vorher bekommt. Das Zweite sind diese ganzen Randdetails, die man eben nicht vom Pflegepersonal bekommt, wie man eine Spritze setzt, ich hab sie einfach hingelegt bekommen, oder eben den Topfenwickel, diese Informationen erhält man nicht im Krankenhaus, wenn man nicht nachfragt. Und wenn man es eben nicht weiß, oder noch nie eine OP gehabt hat, oder nicht vom Fach ist, kann man es nicht wissen und dann gibt's halt eben die Patienten die dann da stehen und es halt nicht wissen und einen Topfenwickel über Nacht drauf haben oder halt das Coldpack direkt auf die Wunde legen. Auch zu wissen, o.k. wir müssen uns Ziele ausdenken, ich mein der Arzt oder die Physio und die Patienten, das find ich total gut und übersichtlich. Ich denk so einen Plan bräuchten viele Patienten.“ (PP11/I3/Z78-95)

Von mehreren Befragten wurde als großer Vorteil gesehen, dass SIE den Patientenpass bekommen hatten, da sie sich dadurch im Vergleich zu anderen Patientinnen und Patienten, besser betreut und informiert gefühlt hatten. Ihr Behandlungsteam stattete sie mit diesem Begleitinstrument aus, was ihnen vermittelte, sie waren im Krankenhaus „etwas Besonderes“, da sie als Einzige einen Patientenpass hatten. *„...also andere Patienten, die die selbe Operation gehabt hatten, waren nicht so informiert wie ich, also das ist eine super Idee muss ich sagen.“* (PP5/I1/Z7-8)

„...ich war eigentlich sehr zufrieden mit dem Patientenpass und war glücklich, dass ich den gehabt habe, ich hab den ja auch im Krankenhaus mitgehabt und meine Nachbarin war ja ganz entsetzt, dass sie den nicht hatte und auch ihr Besuch, sie hat geglaubt ich hatte den besseren Arzt.“ (PP5I3/Z243-247)

Für viele Patientinnen und Patienten war der Patientenpass nicht nur Informationsquelle, sondern auch ein Begleitheft, indem alle wichtigen Dinge rund um die Operation vermerkt werden konnten, quasi ein Sammelwerk über die gesamte Behandlung. *„Sehr praktisch, dass man seine Termine beieinander hat als Patient, dass man die Telefonnummern und Kontaktadressen beieinander hat von der Physiotherapeutin, vom Arzt, vom Krankenhaus, dann eben vor allem die Tipps für zu Hause, weil das wirklich sehr angenehm ist, weil man eben diese Sachen vergisst zu fragen oder sie einem erst auffallen, wenn es dann soweit ist und dann ist niemand da den man fragen kann.“* (PP9/I3/Z45-51)

Als weiteren Vorteil sahen die Befragten, dass die Übungen für die Physiotherapie im Pass bildlich dargestellt und kurz beschrieben waren. In einer Physiotherapieeinheit von 45 bis 50 Minuten werden durchschnittlich vier bis fünf Übungen erlernt. Die Patientinnen und Patienten gaben fast durchgängig an, dass sie sich nie alle Übungen merken konnten. Dies war unabhängig davon, ob die Physiotherapie einmal oder zweimal pro Woche durchgeführt wurde. Der Patientenpass bot die Möglichkeit, die Durchführung der Übungen immer wieder nachlesen zu können, was für die Patientinnen und Patienten den Vorteil hatte, dass sie ihre Übungen auch daheim im vollen Umfang absolvieren konnten. Dafür reichte oft bereits der Blick auf das Foto mit der jeweiligen Übung, um die Erinnerungen daran wieder aufzufrischen, wie in folgender Aussage eindrücklich zusammengefasst wird: *„Die Übungen die wir gemacht haben in der Therapie, die hab ich natürlich immer wieder vergessen, wie man sie jetzt genau macht, ich mein ich hatte zweimal die Woche Physiotherapie, aber ich hab's trotzdem zwischendurch immer wieder vergessen und dann mit den Bildern ist es mir wieder eingefallen, ah ja so geht das oder so ist das ungefähr gegangen und dann hab ich sie schon wieder erkannt. Ganz klar, es waren Anhaltspunkte die mich wieder dran erinnert haben, wie man es genau macht. Das Bild vor allem, allein schon von der Stellung vom Knie am Ball, in der Luft hat gereicht und die Erinnerung ist wieder da gewesen.“* (PP12/I3/Z106-114)

Aussagen bezüglich des Vergessens von Übungen zur Physiotherapie wurde von allen Befragten getätigt. Alle Patientinnen und Patienten erwähnten bezüglich der Physiotherapie auch, dass die Übungen aus dem Patientenpass zum Großteil durchgeführt worden waren, wenngleich auch teilweise mit kleinen Abänderungen.

Der letzte große Bereich, den die Patientinnen und Patienten als Vorteil sahen, war der im Bezug auf die Kategorie Sicherheit, die durch den Patientenpasseinsatz empfunden wurde. Dies lag größtenteils darin begründet, dass zu allen offenen und allgemeingültigen Fragen ausreichend Information darin gefunden worden war und dass damit auch ein Überblick über den zu erwartenden Verlauf, quasi als roter Faden durch die Behandlung gegeben wurde. Nachfolgende Interviewpassagen zeigen dies deutlich auf.

„Vorteile für den Patienten, na ja Informationen auf alle Fälle und das glaub ich kann man nie genug kriegen,...man kann ja nicht bei jedem erwarten, dass er sich auskennt und ich weiß nicht, wenn jetzt ein Typ aus einer Hacklerfamilie sich das Kreuzband am Bau reißt und keine Ahnung hat von Medizin und dann kommt ein Arzt mit solchen Begriffen, da ist das sinnvoll, wenn das alles halbwegs einfach beschrieben ist und dann auch die Fremdwörter hinten übersetzt noch dazu, dann das für daheim das wäre auf alle Fälle empfehlenswert denk ich, generell einzuführen für alle, das wäre am Besten.“ (PP12/I3/Z163-172)

„Ja das kann man laut sagen, sicherer fühlt man sich schon je mehr Informationen man kriegt...aus Erfahrung wusste ich ja irgendwie noch ein bisschen was geschieht und dann hab ich ja immer nachschauen können. Der zweite Kreuzbandriss war schon viel besser, aber ehrlich ein drittes Mal brauch ich es trotzdem nicht.“ (PP13/I3/Z154-159)

„...na eben, dass er ein bisschen mehr Vorinformation und Nachinformation hat und während dessen vielleicht auch betreut ist und sich nicht so allein gelassen fühlt in vielen Dingen und vor allem, dass man die Gewissheit hat, dass man denjenigen vielleicht auch mal anrufen kann und wirklich nachfragen kann, dass man dann auf jeden Fall so die Sicherheit hat – ah ich hab jetzt keine Ahnung was ist jetzt los, da kann ich nachschauen und nochmals fragen wenn ichs nicht weiß, also die Sicherheit also.“ (PP4/I3/Z95-109)

„Dass man über den Ablauf usw., also was passiert genau, informiert ist...dass man halt nichts vergisst, dass man immer wieder durchlesen kann, ja und eben auch dann mit den Terminen, dass man das gleich eintragen kann, wann der nächste Termin ist, dass man den nicht vergisst, weil da kann man dann einfach nachschauen.“ (PP8/I3/Z168-172)

Zusammengefasst wurde von allen Patientinnen und Patienten der Patientenpass als große Bereicherung in der Behandlung gesehen und die Empfehlung ausgesprochen, ihn zukünftig routinemäßig zu implementieren und allen Betroffenen auszuhändigen.

13 Zusammenfassung und Empfehlungen

Die vorliegende Arbeit liefert einen Beitrag zur Weiterentwicklung und Implementierung pflegerischen Wissens bei der multiprofessionellen Patientenbetreuung im perioperativen Setting, exemplarisch für die Operation einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes mittels Kreuzbandplastik. Die Pflege ist in diesem komplexen Betreuungssetting derzeit nur während des postoperativen Krankenhausaufenthaltes präsent. Um die Patientinnen und Patienten bei dieser Behandlung professionell und optimal versorgen und betreuen zu können, sollte auch eine Möglichkeit gesucht werden, wichtige pflegerische Informationen in den Beratungs- und Betreuungsprozess einzubringen.

Eine Option, wie dies gelingen könnte, ist möglicher Weise der Einsatz des Patientenpasses. Die Entwicklung eines Begleitmediums, das von allen an der Behandlung beteiligten Personengruppen genutzt werden könnte, war notwendig, um auch die Pflege in den Betreuungsprozess der Patientinnen bzw. Patienten nach deren Entlassung aus dem Krankenhaus, einschleusen zu können.

Eine intensive Auseinandersetzung mit wissenschaftlich fundierten Grundlagen zur Erstellung von Beratungsmaterial aus dem Bereich der Pflegewissenschaft, aber auch aus den Sprachwissenschaften, bildete das Fundament für die Entwicklung des Patientenpasses. Dies betraf vor allem die Gestaltung und das Layout. Die Inhalte aus den Fachbereichen der Pflege, der Medizin und der Physiotherapie wurden alle wissenschaftlich belegt und nach aktuellem Fachwissen aus dem jeweiligen Bereich ausgewählt. Mehrere Textpassagen des Passes wurden einer Lesbarkeitsprüfung unterzogen, um möglichst große Gewissheit darüber zu erlangen, wie verständlich diese Inhalte durchschnittlich für die UserInnen sind.

Nach Fertigstellung des Patientenpasses wurde dieser mit Hilfe eines Gatekeepers im praktischen Einsatz erprobt. Es sollte herausgefunden werden, ob die Patientinnen und Patienten damit alle nötigen Informationen für das Handling der perioperativen Phase erhalten. Bisher wurde von MedizinerInnen, der Pflege und auch der Physiotherapie scheinbar angenommen, dass Akutpatientinnen und -patienten kaum Schulung, Beratung und Information benötigen, vor allem sobald sie in häusliche Pflege entlassen wurden. Befragt man diese vor der Operation, ohne dass sie genauere Informationen erhalten haben, wie sie sich die postoperative Phase vorstellen würden,

dann hört man Meinungen wie: „das kann nicht so schlimm sein, denn ich darf ja bereits am zweiten Tag nach der Operation wieder nach Hause.“ Detaillierte Informationen über ihre Pflegebedürftigkeit erhalten sie momentan kaum. Die Tatsache, dass man, wenn man sein Bein nicht belasten darf und deshalb mit Krücken gehen muss, für die ATL's Unterstützung benötigen könnte, wird von den meist jüngeren Patientinnen und Patienten nicht einmal ansatzweise angedacht. Erhalten sie diesbezüglich spezifische Informationen, werden aber sehr wohl bereits im Vorfeld Vorbereitungen für die postoperative Phase nach der Operation für daheim getroffen.

Patientinnen und Patienten haben ein großes Informationsbedürfnis, im Bezug auf ihre Operation, das Verhalten danach und auch die Rehabilitationsphase. In der Untersuchung des Patientenpasseinsatzes konnte deutlich aufgezeigt werden, dass diesbezüglich bei den Befragten ein großes Wissensdefizit vorlag. Informationen aus unterschiedlichen Bereichen fehlten allen Patientinnen und Patienten bei ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus. Dies betraf vor allem den pflegerischen Bereich und ging von ganz banalen Dingen, wie z.B. der täglichen Körperpflege, bis hin zur komplexen Medikamentenverabreichung mittels Subcutaninjektion. Gerade aber im Bereich der Thromboseprophylaxe wäre bedenklich, Menschen die eine invasive Methode zur Verabreichung eines Medikamentes anwenden müssen, nur mit einer schriftlichen und mit Bildern unterlegten Anleitung zum Spritzen alleine zu lassen. Hier müsste zukünftig sicher gestellt werden, dass diesbezüglich eine Schulung für alle Patientinnen und Patienten erfolgt.

Mit Sicherheit erhalten die Patientinnen und Patienten präoperativ zurzeit keine Informationen im Bezug auf die perioperative Pflege. Hier könnte der Patientenpass eine große Hilfe darstellen, ist doch die Pflege im Moment in der präoperativen Phase nicht präsent. Besonders pflegerische Informationsdefizite wurden von allen Befragten eindrucksvoll und mit Nachdruck, während der gesamten Betreuungsphase von jeweils mindestens sechs Monaten, thematisiert. Laut den hier erhaltenen Untersuchungsergebnissen, ist aber davon auszugehen, dass auch nach der Operation im Krankenhaus, nur bedingt notwendige Informationen von Pflegekräften vermittelt werden. Die Ursachen für diese Ergebnisse müssten weiter erforscht und die üblichen Vorgehensweisen bei der Patientinnen- und Patientenberatung für die Entlassung näher beleuchtet werden, um die Ursachen für die Entstehung dieser nicht unbedenklichen Informationsdefizite aufdecken zu können. Alleine der Einsatz des

Patientenpasses ohne Face to Face Beratung kann hier keines Falles eine befriedigende Lösung sein, obgleich dadurch benötigte Informationen, zumindest in schriftlicher Form, geliefert würden.

Im Bezug auf medizinische Informationen schienen die Befragten, bei dieser Untersuchung, gut und ausreichend versorgt worden sein. Allerdings muss hier erwähnt werden, dass der mitarbeitende Mediziner (= Gatekeeper) sehr ausführlich und weitreichend informiert. Weitere Untersuchungen mit unterschiedlichen MedizinerInnen und Settings wären hier notwendig, um allgemein gültige Aussagen bezüglich der erhaltenen medizinischen Information treffen zu können.

Auch bei der physiotherapeutischen Betreuung konnten deutliche Unterschiede festgestellt werden. Es machte einen Unterschied, ob privat Therapeutinnen bzw. Therapeuten aufgesucht wurden oder die Physiotherapie mittels Rezept abgehandelt wurde. Physiotherapeuten im privaten Setting waren sehr viel öfter dazu bereit, im Patientenpass wichtige Informationen für die Patientinnen und Patienten zu notieren. Dies könnte darin begründet sein, dass deren Therapieeinheiten in der Regel 45Min umfassen, im Vergleich zu 25-30 Minuten im Kasseninstitut. Unabhängig von der Dauer der Physiotherapie merkten jedoch alle Befragten an, dass sie sich bei keinem einzigen Termin alle vorgezeigten und neu erlernten Übungen merken konnten. Auch hier stellte der Patientenpass eine deutliche Hilfestellung dar, um den Therapieerfolg sichern zu können.

Obwohl die teilnehmenden Patientinnen und Patienten den Patientenpass als sehr hilfreich, ausführlich und umfassend beurteilten, forderten einige von ihnen zusätzlich Informationen zu bestimmten Bereichen. Der Wunsch nach Zusatzinfos zu Komplikationen (z.B. Hämatome, Schwellungen, Infektion) war geäußert worden, obwohl all diese Punkte im Patientenpass angesprochen werden. Es gibt z.B. Hinweise im Pass, wann im Verdachtsfall einer Infektion, ein/e MedizinerIn konsultiert werden sollte. Fotos von einer Infektion im Kniegelenk bzw. einer massiven Schwellung aufgrund eines postoperativ auftretenden Kniegelenksergusses, wie von einigen wenigen Patienten gewünscht, sind aber bewusst nicht enthalten. Dies einerseits um nicht Angst zu machen und andererseits hat der Patientenpass keines Falles den Anspruch, die Konsultation von medizinischem Fachpersonal im Bedarfsfall zu ersetzen.

Im Zweifelsfall muss Kontakt mit dem Behandlungsteam aufgenommen werden. Dies sollte zukünftig nochmals explizit im Pass thematisiert werden.

Damit sich Patientinnen und Patienten im perioperativen Setting sicher fühlen, benötigen sie umfangreiche Informationen alle Behandlungs- und Betreuungsbereich betreffend. Eindrucksvoll schildern sie Situationen in denen sie aufgrund eines Wissensdefizites unsicher waren. Fanden sie diesbezüglich Informationen im Patientenpass wurde ein Gefühl der „Sicherheit“ empfunden, weil sie richtig handeln konnten, Antworten auf ihre Fragen fanden oder aber auch dass sie erkannten, sie müssen Kontakt mit medizinischem Fachpersonal aufnehmen, da triftige Gründe dazu vorlagen. Der Sicherheitsaspekt wurde von alle Patientinnen und Patienten als ein wesentlicher Faktor in der Betreuung und Begleitung gesehen.

Im Zusammenhang mit dem Empfinden von Sicherheit steht auch die Reduktion von Angst. Auch diesbezüglich wurde angemerkt, dass umfassende Information dazu beiträgt. Weiß man Bescheid, was auf einen zukommt, kann man sich darauf einstellen und Strategien entwickeln, wie mit einem „Problem“ umgegangen werden kann. Die Patientinnen und Patienten merkten zu einem großen Teil an, dass sie durch den Patientenpass viele Dinge erfahren hatten, die sie ein Stück sicherer gemacht haben und sich folglich ihre Angst reduzierte.

Zusammenfassend kann der Einsatz des Patientenpasses als durchaus positiv beurteilt werden. Alle Patientinnen und Patienten waren der Meinung, dass sie durch diesen einen Vorteil in der Behandlung hatten. Dies wurde vor allem dadurch begründet, dass sich die Befragten besser informiert fühlten. Weiters waren alle Patientinnen und Patienten der Meinung, dass man solche Pässe für alle größeren Operationen einsetzen sollte. Die Menschen würden ihrer Meinung nach davon profitieren. Um den Forderungen und Wünschen der Befragten Nachdruck verleihen zu können, müsste der Patientenpass in noch größerem Umfang und in unterschiedlichen Settings getestet werden. An dieser Untersuchung war nur ein Mediziner beteiligt, allerdings unterschiedliche Physiotherapeutinnen und –therapeuten und Pflegepersonen. Weiters wurden die Patientinnen und Patienten in unterschiedlich geführten Krankenhäusern operiert und nachfolgend betreut. In größerem Rahmen wäre interessant, ob andere Ergebnisse erzielt würden, wenn die Behandlung nicht von einem Belegarzt durchgeführt wird, wie im Falle dieser Untersuchung. Dazu müsste eine größer angelegter Einsatz des Patientenpasses erfolgen. Begleitend werden sollte dieser von einer Evaluationsuntersuchung.

Weiters müsste in einem nächsten Schritt auch die Meinungen der behandelnden MedizinerInnen, der Physiotherapeutinnen und –therapeuten, aber auch der Pflege Beachtung finden. Wie beurteilen diese Personengruppen den Patientenpass, wo sehen sie Vorteile bzw. Nachteile. Altenburger als Gatekeeper merkte bereits an, dass für ihn als Behandler der Patientenpass auch eine gewisse Sicherheit darstellt, hatte er doch damit den Nachweis, welche Informationen er den Patientinnen und Patienten gegeben hat. Einen weiteren Vorteil sieht er in der Tatsache sehen, dass alle an der Behandlung beteiligten Professionen wissen, was die jeweils andere mit den Patientinnen und Patienten besprochen hat, bzw. welche Therapie wie angewandt wird. Die Kommunikation im Behandlungsteam wird sich seiner Meinung nach deutlich verbessert, besonders wenn alle örtlich voneinander getrennt sind, da auch hier alle Informationen diesbezüglich im Patientenpass abrufbar sind. Last but not least hat seiner Meinung nach auch das Behandlungsteam eine weitere Sicherheit durch den Einsatz des Patientenpasses, denn auch die BehandlerInnen können eigentlich nicht mehr vergessen, wichtige Informationen zu geben, wenn sie den Patientenpass wie vorgesehen nutzen.

Wenn auch Pflegepersonal, MedizinerInnen und Physiotherapeutinnen und –therapeuten Schritt für Schritt und strukturiert mit dem Pass arbeiten, kann eigentlich keine Information vergessen bzw. wichtige Dinge nicht angesprochen werden. Dies wiederum hat Auswirkungen auf die Qualität der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten im perioperativen Setting.

Der Bedarf an Beratung für chronisch kranke Menschen ist bereits in zahlreichen Untersuchungen und Studien belegt worden. Wie diese Untersuchung aufzeigt, benötigen auch Akutpatienten Beratung, sind sie mit einem komplexen Behandlungssetting konfrontiert. Der Patientenpass kann die notwendige Beratung im perioperativen Setting unterstützen und ergänzen, vorausgesetzt er wird korrekt eingesetzt.

14 Literaturverzeichnis

- Abt- Zegelin, A.; Huneke, M. (1999): Grundzüge einer systematischen Pflegeberatung. In: PR-Internet/Pädagogik, 1, S.11-18
- Abt-Zegelin, A. [Hrsg.] (2007): Patienteninformationszentren als pflegerisches Handlungsfeld. Aufbau und Gestaltung. Schlütersche Verlagsgesellschaft. Hannover
- Abt-Zegelin, A.; Adler, A. (2007): Edukative Unterstützung der Patienten im Krankenhaus, In: Die Schwester Der Pfleger; 46. Jahrg. 12/07; S 1074-1077
- Albiez, T. (1998): Patientenberatung, Lehrzeit für Patienten. In: Krankenpflege/Soins infirmieres, 91.Jg.,12, S.8-12
- Altmann, D. (2006): Operativer Standard bei frischen Kreuzbandverletzungen; Healing-response-Technik- eine modernde Alternative?; In: Trauma und Berufskrankheit; 8 [Suppl 2]: S 150-154;
- Agnelli, G. (2004): Prevention of Venous Thromboembolism in Surgical Patients; In: Circulation; 110; IV-4-IV-12
- Avorn, J.; Winkelmayer, W.C. (2004): Comparing the Costs, Risks, and Benefits of Competing Strategies for the Primary Prevention of Venous Thromboembolism; In: Circulation; 110; IV-25-IV-32
- Bamberger, R.; Vanecek, E. (1984): Lesen-Verstehen-Lernen-Schreiben; Die Schwierigkeitsstufen von Texten in deutscher Sprache; Jugend und Volk; Wien
- Bartholomeyczik, S.; Linhart, M.; Mayer, H.; Mayer, H. (2008): Lexikon der Pflegeforschung; Urban & Fischer; Facultas; München, Wien
- Beck, A. et al (2005): Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) in der perioperativen Phase in Traumatologie und Orthopädie; Einfluss auf die Knochenheilung; In: Oper Orthop Traumatol; 17:569-578
- Beek van, E. (2006): Neurophysiologie und –anatomie; Schmerzempfindungen; In: Anatomie/Physiologie für die Physiotherapie; 2. Auflage; S 231-232; Elsevier; München
- Behret, J. (2000): Wirkstoffe in der Pflege; 2. Auflage; Urban & Fischer; München
- Beinert, K. (2007): Kreuzbandrehabilitation in der offenen Kette – Fakten und Mythen; In: Manuelle Therapie; 12: 125-130

- Benazzo, F. et al (2008): Effects of biophysical stimulation in patients undergoing arthroscopic reconstruction of anterior cruciate ligament: prospective, randomized and double blind study; In: Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc; 16: 595-601
- Biau, J.D. et al (2009): Patellar Tendon Versus Hamstring Tendon Autograft for Reconstructing the Anterior Cruciate Ligament; A Meta-Analysis Based on Individual Patient Data; In: The American Journal of Sports Medicine; Vol. 37, No.12, S 2470-2478
- Blank, W.A. (2008): Ab wann ist der Kontakt einer Primärnaht mit Wasser und Seife möglich?; In: Z Allg Med; 84: 186-190
- Brink, A. (2005): Anfertigung wissenschaftlicher Arbeiten; Ein prozessorientierter Leitfaden zur Erstellung von Bachelor-, Master- und Diplomarbeiten in acht Lehreinheiten; Oldenburg Verlag, München
- Brockhaus (2001): Der Brockhaus; Band 6 GU-IR; 2. Auflage; F.A. Brockhaus; Leipzig
- Brockhaus (2001): Der Brockhaus; Band 12 ROH-SER; 2. Auflage; F.A. Brockhaus; Leipzig
- Buchmayr, B. (2009): Wickel und Kompressen; S. 415-424; In: Likar, et Al. [Hrsg.]: Schmerztherapie in der Pflege; Springer Verlag; Wien
- Burger, B. (2008): Der Stellenwert der Physiotherapie in der Behandlung der vorderen Kreuzbandplastik; eine Umfrage unter Patienten, Operateuren und Physiotherapeuten; Diplomarbeit an der EURAK – Europa Akademie für Health Professionals; Hall i. Tirol
- Burns, N.; Grove, S.K. [Hrsg.](2005): Pflegeforschung verstehen und anwenden; Urban & Fischer; München
- Butenschön, K. (2009): Orthesenversorgung nach Knieverletzungen; Pro und Kontra; In: Trauma Berufskrankh, 11 [Suppl 3]: S 293-295
- Collins, R. et al (2010): Venous Thromboembolism Prophylaxis: The role of the nurse in changing practice and saving lives; In: Australian Journal of Advanced Nursing; Volume 27; Number 3; S 83-89
- Coulter, A.; Entwistle, V.; Gilbert, D. (1999): Sharing decisions with patients: is the information good enough?; Education and debate; BMJ; Volume 318; S 318-321

- Christmann, E. et al (2004): Mündliche Information von PatientInnen durch Pflegende – Am Beispiel von PatientInnen mit Schlaganfall. In: Pflege 17, S 165-175
- Dargel, J. ; Schmidt-Wietkoff, R. (2009): Effektivität eines Quadrizeps-Trainingsprogramms in der geschlossenen und in der offenen kinetischen Kette nach vorderer Kreuzbandruptur; In: SportOrthoTrauma 25, 238-239
- Darius, H. (2009): Neue Antikoagulantien; In: Deutsche Medizinische Wochenschrift; 134: 831-833
- Darmann, I. (2000): Kommunikative Kompetenz in der Pflege: ein pflegedidaktisches Konzept auf der Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kommunikation; 1. Aufl.; Kohlhammer; Stuttgart
- Deveugele, M.; Derese, A.; van den Brink-Muinen, A.; Bensing, J.; De Maeseneer, J. (2002): Consultaiton length in general practice: cross sectional study in six European countries; Primary care; In: BMJ, Volume 325, 31. August
- Doll, A.; Hummel-Gaatz, S. (2006): Lernfeld Beratung in der Pflege; In: PrInterNet; 04/06, S 206-217
- Ebelt-Paprotny, G.; Preis, R. [Hrsg.] (2008): Leitfaden Physiotherapie; Urban & Fischer; München
- Eckart, W. (2008): Medizinische Kommunikation; In: Klinikarzt; 37 (1): 13
- Eichinger, S. (2009): Eingriff-spezifische Thromboseprophylaxe beim Erwachsenen; In: Wiener Medizinischer Wochenschrift; 159/19-20: 475-478
- Engel, R.(2006): Gesundheitsberatung in der Pflege. Facultas. Wien
- Evers, G. (1998): Die Selbstpflegetheorie von Dorothea Orem; In: Osterbrink; S 151 - 162
- Ewers, M. (2001): Anleitung als Aufgabe der Pflege. Ergebnisse einer Literaturanalyse. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Falk, J.; Kerres, A. [Hrsg.] (2003): Didaktik und Methodik der Pflegepädagogik; Handbuch für innovatives Lehren im Gesundheits- und Sozialbereich; Juventa Verlag; Weinheim
- Fawcett, J. (1998): Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick; Huber Verlag; Bern

- Felsch, C. (2004): Frequentielle Lesbarkeitsanalyse; Studienarbeit; Grin Verlag, Norderstedt
- Fecke, B. (2007): Pflege am Telefon; In: Die Schwester Der Pfleger; 46. Jahrg. 12/07; S 1084-1088
- Finkbeiner, C (2005): Interessen und Strategien beim fremdsprachlichen Lesen; Wie Schülerinnen und Schüler englische Texte lesen und verstehen; Gunter Narr Verlag; Tübingen
- Fischer, D (2005): Erstellung und Evaluation schriftlicher Beratungsmaterialien zur Sturzprophylaxe; Grin Verlag; Norderstedt
- Fischle, G.J.; Notheisen, T.; Fretschner, R. (2010): Aktuelle Aspekte der perioperativen Schmerztherapie; Schwerpunkt traumatologisch-orthopädische Eingriffe; In: Trauma Berufskrankh; 12:134-139
- Fitzmaurice, D. A. (2001): Written information for treating minor illness; In: BMJ; Volume 322; May 19th; S 1193-1194;
- Fleischhauher, M.; Heimann, K.D.; Hinkelmann, U. .[Hrsg.] (2006): Leitfaden Physiotherapie in der Orthopädie und Traumatologie; 2. Auflage; Elsevier; München
- Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. [Hrsg.](2008): Qualitative Forschung; Ein Handbuch; 6. Auflage; Rowohlt's Enzyklopädie; Reinbek bei Hamburg
- Flick, U. (2006): Qualitative Evaluationsforschung; Konzepte, Methoden, Umsetzung; Rowohlt's Enzyklopädie; Reinbek bei Hamburg
- Flick, U. (2009): Qualitative Sozialforschung; eine Einführung; Rowohlt's Enzyklopädie, Reinbek bei Hamburg
- Fried, A. (2002): „Wer sich verstanden fühlt, wird schneller genesen“; Gelungene Kommunikation als Erfolgsfaktor in der Pflege; In: Qualitas; 3/02; S 32-34
- Gatterer, G. (2009): Kommunikation und Interaktion mit Patienten; In: Likar et al; Schmerztherapie in der Pflege; Springer; Wien
- Geißner, U. (2006): Kommunikation verstehen; Gespräche führen, beraten und anleiten; Thieme; Stuttgart
- Giesa, M.; Jage, J.; Meurer, A. (2006): Postoperative Schmerztherapie in der Orthopädie und Unfallchirurgie; In: Orthopädie; 35:211-222
- Giesa, M. et al (2007): Akutschmerztherapie nach orthopädisch-traumatologischen Eingriffen; In: Schmerz; 21:73-84

- Gnielinski, M.; Adams, H.A. (2004): Perioperative Schmerztherapie bei Traumapatienten; In: Unfallchirurg; 107:92-98
- Gremion, G.; Siegrist, O.; Leyvraz, PF. (2002): Konservative Behandlung bei einem vorderen Kreuzbandriss – Ergebnisse; In: Orthopädie-Technik;
- Grifka, J.; Dullien, S. (2009): Knie und Sport; Deutscher Ärzte-Verlag; Köln
- Grifka, J. et al (2004): Update der Thromboseprophylaxe in Orthopädie und Unfallchirurgie; In: Orthopädie; 33: 762-773
- Groothuis, R. (2000): Soziale und kommunikative Fertigkeiten; Verlag Hans Huber; Bern
- Haas, S. (2004): Thromboembolieprophylaxe in der Chirurgie; In: Chirurg; 75: 323-343
- Han, H.S. et al (2008): Anterior Cruciate Ligament Reconstruction; Quadriceps Versus Patellar Autograft; In: Clin Orthop Relat Res; 466: S 198-204
- Harder von, Y. (2007): Schmerztherapie – rechtliche Eckpunkte und Stolpersteine; In: Urologe; 46:780-785
- Hatzenbühler, et al (2007): Repetitorium Schmerztherapie; 2. Auflage; Springer Verlag; Berlin
- Heindl, B.; Spannagl, M. (2009): Neue orale Antikoagulantien; In: Anaesthesist; 58: 1252-1255
- Herrman, J. (2008): Creative Teaching Strategies for the Nurse Educator; Davis Company; Philadelphia
- Hulsker, H.; Niederer-Frey, I. (1997): Pflegeexpertin/Pflegeexperte als Beraterin/Berater. In: Pflege; 10, S 80-85
- Hüper, C.; Hellige, B. (2007): Professionelle Pflegeberatung und Gesundheitsförderung für chronisch Kranke; Rahmenbedingungen-Grundlagen-Konzepte-Methode; Mabuse-Verlag; Frankfurt a. Main
- Jage, J.; Laufenberg-Feldmann, R.; Heid, F. (2008): Medikamente zur postoperativen Schmerztherapie: Bewährtes und Neues; Teil 1: Nichtopioide; In: Anaesthesist; 57:382-390
- Jele, H. (2003): Wissenschaftliches Arbeiten in Bibliotheken; Einführung für Studierende; Oldenburg Verlag; München
- Juchli, L. (1979): Allgemeine und spezielle Krankenpflege; Ein Lehr- und Lernbuch; Thieme Verlag, Stuttgart

- von Kardorff, E. (2008): Qualitative Evaluationsforschung; In: Flick, Kardorff, Steinke [Hrsg.]; Qualitative Forschung; Rowohlt's Enzyklopädie; Reinbek bei Hamburg
- Kleibel, V.; Mayer, H. (2005): Literaturrecherche für Gesundheitsberufe; Facultas; Wien
- Koch-Straube, U. (2001): Beratung in der Pflege; Verlag Hans Huber; Bern
- Koch- Straube, U. (2000): Beratung in der Pflege- eine Skizze. In: Pflege und Gesellschaft, 5. Jg.,1, S.1-3
- Koch, A.; Kühn, St. (1999): Richtig mit Patienten reden; Bibliomed; Melsungen
- Kolb, D.A. [1984]: Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development. Prentice-Hall. Englewood Cliffs. N.J.
- Kolt, G.S.; Snyder-Mackler, L. [Hrsg.] (2003): Physical Therapies in Sport and Exercise; Churchill Livingstone/Elsevier; London
- Kornmeier, M. (2009): Wissenschaftlich schreiben leicht gemacht; für Bachelor, Master und Dissertation; 2. Auflage; Haupt Verlag; Bern
- Kozek-Langenecker, S.A. (2009): Editorial Perioperative Thromboseprophylaxe: Routine und spezielle Risikogruppen; In: Wiener Medizinische Wochenschrift; 159/19-20: 473-474
- Krüger-Franke, M. et Al. (2009): Die arthroskopische vordere Kreuzbandrekonstruktion – was ist gesichert 2009?; In: SportOrthoTrauma 25; 206-211
- Lahninger, P. (2008): Leiten, präsentieren, moderieren; 6. Auflage; Ökotopia Verlag; Münster
- Krursel, F. (2008): Gesundheit frei Haus; die Beratung in der ambulanten Pflege; In: Padua 2; S 12-14
- Kuckartz, U; Dresing, Th.; Rädiker, S.; Stefer, C. (2008): Qualitative Evaluation; Der Einstieg in die Praxis; VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden
- Lenz, W.; (1987): Lehrbuch der Erwachsenenbildung; Kohlhammer; Stuttgart
- Liebchen, K.; Friedrichsen, M.; Vorbrodt, T.; Behnke, T. (2006): Unterschenkel und Kniegelenk; Kapitel 9; In: Fleischhauer, M.; Heimann, K.D.; Hinkelmann, U.; Leitfaden Physiotherapie in der Orthopädie und Traumatologie; 2. Auflage; Elsevier; München
- Likar, R.; Bernatzky, G.; Märkert, D.; Ilias, W. [Hrsg.] (2009): Schmerztherapie in der Pflege; Springer Verlag; Wien

- Likar, R.; Sittl, R. (2009): Postoperativer Einsatz von Nichtopioid-Analgetika; In: Schmerztherapie in der Pflege; S 131-140; Springer Verlag; Wien
- Little, P. et al. (2001): Randomized controlled trial of self management leaflets and booklets for minor illness provided by post; In: BMJ; Volume 322; May 19th; S. 1-5
- London, F. (2003): Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Hans Huber Verlag. Bern
- Ludwig, D.; Müller, C.; Phielipeit, K.; Schwamborn, A.; Ulrich, M. (2007): Inhaltliche und methodische Gestaltungsbausteine; Fallsituationen für den Erwerb von Beratungskompetenzen konstruieren; In: Pflegezeitschrift; 1/2007; S 37-39
- Lützner, J.; Bottesi, M. (2009): Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes; Für und Wider aktuell gebräuchlicher Techniken; In: Trauma und Berufskrankheit; 11 [Suppl 2]: 136-139; Springer Verlag; Heidelberg
- Mayer, H. (2007): Pflegeforschung anwenden; Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung; Facultas; Wien
- Mayring, P. (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung; Beltz; Weinheim
- Meade, C. D. & Smith, C. F. (1991): Readability formulas: Cautions and criteria; In: Patient Education and Counselling; 17; S 153 – 158
- Mörgelin, K. (2000): Family Health Nurse – die sogenannte Familiengesundheitsschwester. In: PFLEGE AKTUELL; 3. S. 138-141
- Müller-Mundt, G.; Schaeffer, D.; Pleschberger, S.; Brinkhoff, P. (2000): Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege?; In: PflGe; 5. Jg./Nr. 2
- Müller-Rath, R. et al (2010): Perioperatives Management in der ambulanten arthroskopischen Chirurgie des Kniegelenks; In: Z Orthop Unfall; 148: 282-287
- Neubert, Th.; Koller, M.; Berg, A.; Fleischer, St. (2005): Präoperative Informationen zum Intensivaufenthalt; In: Pflege & Gesellschaft; 10. Jg. /Nr. 1
- Noelle-Neumann, E.; Schulz, W.; Wilke, J. (2002): das Fischer-Lexikon Publizistik; Massenkommunikation; Fischer; Frankfurt am Main
- Nothdurft, I. (2008): Patientenzentrierte Beratung in der Pflege; In: Pflegezeitschrift; 7/2008; S 388-391

- Öhlén, J.; Holm, A.K.; Karlson, B.; Ahlberg, K. (2005): Evaluation of a counseling service in psychosocial cancer care; In: European Journal of Oncology Nursing; Mar. 9/1
- Orem, D.E. (1985): Nursing: Concepts of Practice; Wesley; New York
- Orem, D.E. (1997): Eine Theorie der Pflegepraxis; In: Schaeffer et al; Pflege-theorien; Huber Verlag; Bern
- Osterbrink, J. [Hrsg.] (1998): Erster internationaler Pflege-theorienkongress Nürnberg; Huber Verlag; Bern
- Ott, B. (2007): Grundlagen des beruflichen Lernens und Lehrens; Ganzheitliches Lernen in der beruflichen Bildung; 3. Auflage; Cornelsen; Berlin
- Paesler, U. (1998): Pflege zum Einwickeln; Rezepte und Anleitungen für Wickel und Auflagen; 2. Auflage; Gustav Fischer Verlag; Lübeck
- Parker, R. C. (2002): LOOKING GOOD IN PRINT; Grundlagen der DTP Gestaltung; Midas Computer Verlag; St. Gallen
- Peintinger, M. (2003): Therapeutische Partnerschaft; Springer; Wien
- Petersen, W.; Zantop, T. (2009): Das vordere Kreuzband; Grundlagen und aktuelle Praxis der operativen Therapie; Deutscher Ärzte-Verlag; Köln
- Petersen, W.; Zantop, T. (2009): Bandverletzungen des Kniegelenks; Teil I. Das vordere Kreuzband; in: Trauma und Berufskrankheit; 11 [Suppl 3]: 296-306
- Piechotta, G. (2006): Im Mittelpunkt steht der Mensch; Pflegerische Beratung im multikulturellen Kontext; In: Pflegezeitschrift 4; S 215-218
- Prinz, C. (2006): Unkompliziertes Ulcus ventriculi: Pathogenese und konservative Therapie; In: Siewert, Rothmund, Schumpelick; Praxis der Viszeralchirurgie; S 336-339; 2. Auflage; Springer Verlag; Heidelberg
- Putz, R; Pabst, R [Hrsg.] (2004): Sobotta; Atlas der Anatomie des Menschen; 21. Auflage; Urban & Fischer; München
- Randerath, W.J. et al. (1999): Einfluss audiovisueller und Print-Medien auf den Informationsgewinn bei Patienten mit obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom; In: Somnologie 3/S 57-61; Blackwell Wissenschafts-Verlag; Berlin
- Rammer, M.; Kirchgatterer, A.; Knoflach, P. (2004): Prophylaxe NSAR-induzierter Ulzera; In: Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen; 2 (4), 12-15

- Rebhandl, E. et al (2009): Medikamentöse akute Schmerztherapie in der allgemeinmedizinischen Praxis Konsensus Meeting & Statement unter der Ägide der ÖGAM; In: Schmerztherapie in der Pflege; S 101-119; Springer Verlag; Wien
- Redman, B. K. (2004): Advances in Patient Education. Springer Publishing Company. New York
- Reer, R. et al (2002): Werden durch den Einsatz von Orthesen die mechanische Stabilität bzw. die körperliche Leistungsfähigkeit beeinflusst; In: Orthopädie-Technik; 1/02; S 46-53
- Reichl, S.; Pogatz-Zahn, E. (2009): Konzepte zur perioperativen Schmerztherapie; Eine kritische Bestandsaufnahme; In: Anaesthesist; 58:914-930
- Rogall, R.; Josuks, H.; Adam, G.; Schleinitz, G. (2005): Professionelle Kommunikation in Pflege und Management; Schlütersche; Hannover
- Rott, H. (2006): Neue und alte Antikoagulantien im Blickpunkt; In: Trauma Berufskrankheit; 8 [Suppl 2]: S 161-165
- Sabeti, M. (2005): Perioperatives Schmerzmanagement an der Universitätsklinik für Orthopädie Wien; In: Wiener Medizinische Wochenschrift; 155/9-10: 207-210
- Sajovic, M.; Strahovnik, A.; Komadina, R.; Dernovsek, M. Z. (2007): The effect of graft choice on functional outcome in anterior cruciate ligament reconstruction; In: International Orthopedics (SICOT); 32: 473-478;
- Sanchis-Alfonso, V. [Hrsg.] (2006): Anterior Knee Pain and Patellar Instability; Springer-Verlag; London
- Saxer, F.; Dick, W. (2010): Thromboseprophylaxe in der orthopädischen Chirurgie – vernachlässigte Option mit großem Potenzial; In: Z Orthop Unfall; 148: 26-30
- Schabus, R; Bosina, E (2007): Das Knie; Diagnostik Therapie Rehabilitation; Springer; Wien
- Schäffer, A.; Menche, N.; Bazlen, U.; Kommerell, T. [Hrsg.] (1998): Pflege Heute; Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe, Fischer Verlag, Stuttgart
- Schaeffer, D.; Moers, M.; Steppe, H.; Meleis, A. [Hrsg.] (1997): Pflgetheorien; Beispiele aus den USA; Huber Verlag; Bern
- Schaeffer, D.; Schmidt-Kaehler, S. (2008): Lehrbuch Patientenberatung; Hans Huber Verlag; Bern

- Schaeffer, D. (2008): Der erste Schritt zur Besserung; zum Unterschied zwischen Information, Aufklärung und Beratung; In: Padua 2; S 6-11
- Schenk, J.F.; et al (2009): Orthopädische Patienten mit bzw. ohne Thrombophilie; In: Der Orthopäde; 38: 835-842
- Schewior-Popp, S. (1998): Handlungsorientiertes Lehren und Lernen; Thieme; Stuttgart
- Schiller, M.; Hoffmann, F. (2005): VKB-Plastik: Wahl des Ersatzmaterials; In: Arthroskopie, 18; S 21-23
- Schmidt-Kaehler, S.; Knatz, B.; Krause, H. (2008): Formen der Patientenberatung; In: Schaeffer, D.; Schmidt-Kaehler, S.: Lehrbuch Patientenberatung; Hans Huber Verlag; Bern
- Schmidt-Wiethoff, R.; Dargel, J. (2007): Aktuelle Konzepte zur Diagnose und Therapie der vorderen Kreuzbandruptur; In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin; Jahrgang 58; Nr. 11; S 384-391
- Schnell, M. W. (2010): CURA SUI – Die Selbstsorge und ihre Beziehung zur Pflege; In: Pflege; 23: 37-43
- Schobersberger, W. et al (2004): Indikationen zur ambulanten Thromboseprophylaxe; In: Wiener Medizinische Wochenschrift; 154/7-8: 140-147
- Schulz von Thun, F. (2000): Miteinander reden. Kommunikationspsychologie für Führungskräfte; Rowohlt; Hamburg
- Seifert, J.W. (2009): Visualisieren Präsentieren Moderieren; Der Klassiker; 27. Auflage; Gabal Verlag; Offenbach
- Shelbourne, K.D.; Lawrance, S.; Noy, R. (2006): Prevention of Anterior Knee Pain after Anterior Cruciate Ligament Reconstruction; S. 283-293; In: Sanchis-Alfonso, V.; Anterior Knee Pain and Patellar Instability; Springer-Verlag; London
- Siewert, Rothmund, Schumpelick (2006): Praxis der Visceralchirurgie; 2. Auflage; Springer Verlag; Heidelberg
- Simonin, Ch. (2003): Pflegefachleute sind sozial kompetenter; In: Krankenpflege, Soins infirmiers; 9/25
- Sommerbauer, S. (2003): Das Pflegemodell nach Dorothea Orem; In: Österreichische Pflegezeitschrift; 8-9/03; S36-39
- Sonn, A. (2010): Wickel und Auflagen; Alternative Pflegemethoden erfolgreich anwenden; 3. Auflage, Thieme, Stuttgart

- Stry, J. (1997): Visualisieren; Ein Studien- und Praxisbuch; Cornelsen; Berlin
- Steinmann, H.-J.; Allwang, D. (2009): Verletzungen im Sport; Urban & Fischer; München
- Strobl, M.J. (2007): Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes mit der Einbündeltechnik; In: Arthroskopie 20: S 121-131
- Thil, O.; Kleinschmidt, S. (2008): Schmerztherapie bei kniechirurgischen Eingriffen; In: Anaesthesist; 57:817-818
- Thorstensson, C. et al (2009): Choosing surgery: patients' preferences within a trial of treatments for anterior cruciate ligament injury. A qualitative study; In: Musculoskeletal Disorders; BioMed Central Ltd.; London
- Timmermann, A.; Steubl, D. (2009): Rehabilitation nach Sportverletzungen; AMV-Verlag; München
- Timpka, T. (2000): The patient and the primary care team: a small-scale critical theory; In: Journal of Advanced Nursing; 31(3), 558-564
- Tsuda, E. et al (2009): Comparable Results Between Lateralized Single- and Double-bundle ACL Reconstructions; In: Clin Orthop Relat Res; 467: S 1042-1055
- Unger, S.I.; Baerwald, C. (2010): Schmerztherapie mit selektiven und nichtselektiven Cyclooxygenaseinhibitoren in der Rheumatologie; In: Akt Rheumatol; 35: 178-183
- Vassel-Biergans, A. (2003): Wundauflagen; Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; Stuttgart
- Volk, T. (2008): Neue und evidenzbasierte Aspekte in der postoperativen Schmerztherapie; In: Orthopäde; 37:953-958
- Watzlawick, P. (2000): Menschliche Kommunikation; Formen, Störungen, Paradoxien; 10. Auflage; Huber; Bern
- Weber, S.; Courtney, K.L.; Benham-Hutchins, M. (2009): Decision Support in Multi-Professional Communication; In: J Med Syst 33:59-65
- Weibel, L.; Barandun Schäfer, U.; Mahrer Imhof, R. (2009): Individualisierte Schulung und Beratung auf der Intensivpflegestation bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom: Ein Pilotprojekt zur Forschungsanwendung; In: Pflege; 22: 165-171

- Wenzl, M.E. et al (2002): Prophylaxe thromboembolischer Komplikationen in der Unfallchirurgie mit niedermolekularem Heparin; In: Akt Traumatol; 32: 105-110
- Wemke, M.; Kunkel-Razum, K.; Scholze-Stubenrecht, W. [Hrsg.] (2004): Duden, die deutsche Rechtschreibung; 23. Auflage; Duden Verlag; Mannheim
- Wemke, M.; Kunkel-Razum, K.; Scholze-Stubenrecht, W. [Hrsg.] (2006): Duden, Das Fremdwörterbuch; 9. Auflage; Duden Verlag; Mannheim
- Wemke, M.; Kunkel-Razum, K.; Scholze-Stubenrecht, W. [Hrsg.] (2010): Duden, Synonymwörterbuch; 4. Auflage; Duden Verlag; Mannheim
- Wieden, T.; Sittig [Hrsg.] (2005): Leitfaden Schmerztherapie; Elsevier; München
- Wieden, T. (2005): Schmerzklassifikation; In: Leitfaden Schmerztherapie; S 34-40; Elsevier; München
- Wiesner, R. (2009): Übungen in der Physiotherapie; Thieme; Stuttgart
- Wojciechowski, E.; Cichowski, K. (2007): A Case Review: Designing a New Patient Education System; In: The Internet Journal of Advanced Nursing Practice: Vol. 8, Nr. 2
- Xyrichis, A; Ream, E. (2008): Teamwork: a concept analysis; In: Journal of Advanced Nursing 61(2), 232-242
- Zalpour, [Hrsg.] (2006): Anatomie/Physiologie für die Physiotherapie; 2. Auflage; Elsevier; München
- Zegelin, A. (2006): Patienten- und Familienedukation in der Pflege; In: Österreichische Pflegezeitschrift; 01/06, S 16-21
- Zellhofer, H. (2007): Die Bedeutung von Beratung aus der Sicht von Menschen mit fortschreitender Krebserkrankung; Diplomarbeit an der Universität Wien
- Zintl, V. (1998): Lernen mit System; Urban und Schwarzenberg; München

Internetadressen:

- <http://www.duden-suche.de/suche/trefferliste> (letzter Zugriff 17.03.2010)
- <http://www.wienkav.at/kav/ausbildung> (letzter Zugriff 17.03. 2010)
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Gatekeeper> (letzter Zugriff 17.03.2010)
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Ratschlag> (letzter Zugriff 17.03. 2010)
- <http://www.fhcampuswien.ac.at/studium/gesundheit/hebammen/studienplan> (letzter Zugriff 17.03.2010)
- <http://www.janaszek.de/t/schriftschnitt.htm> (letzter Zugriff 08.03.2010)
- <http://www.schrift.biz/Schriftschnitt/Schriftschnitt.htm> (letzter Zugriff 08.03.2010)

graue Literatur

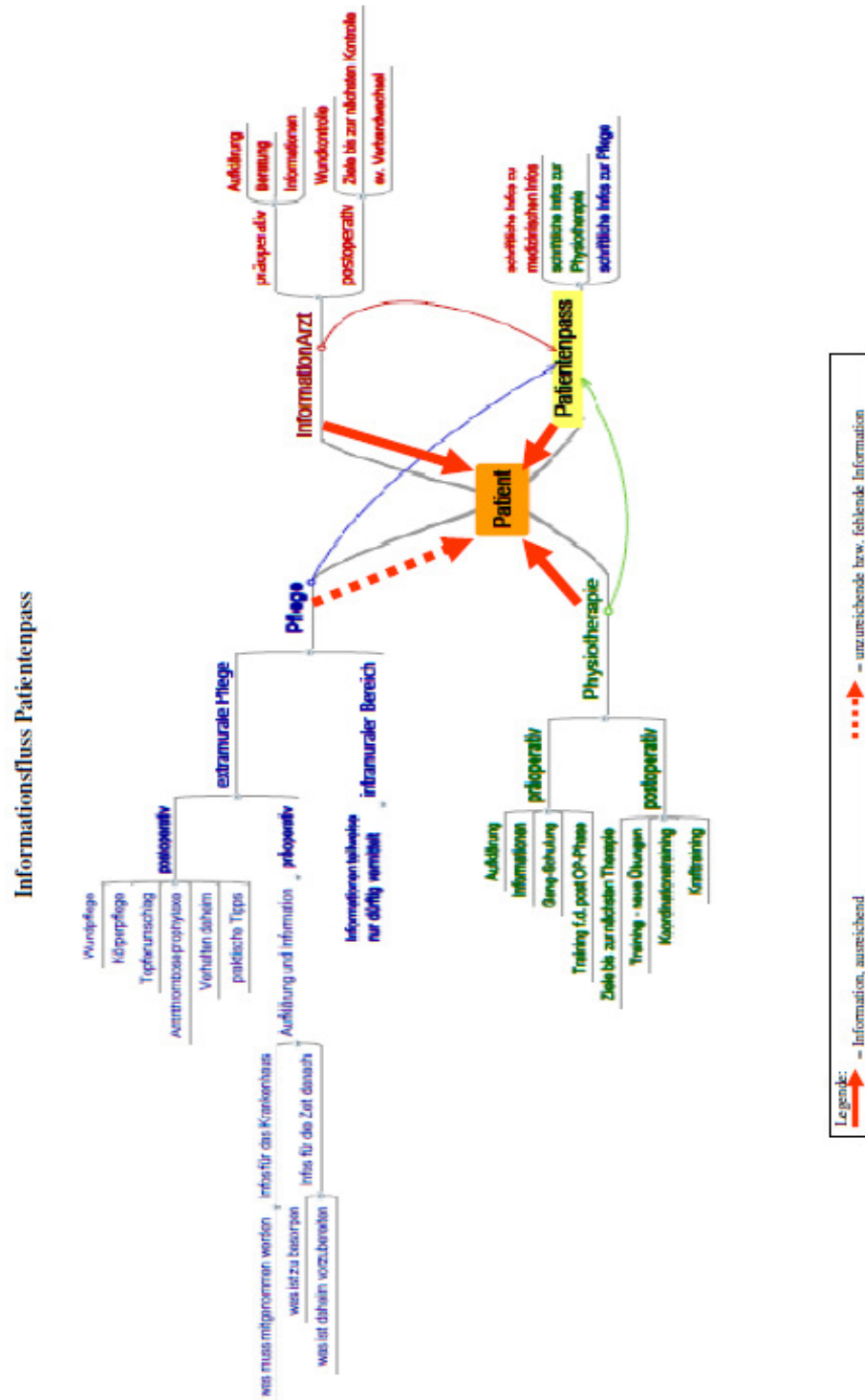
- Bridge, J.; Cabel, S.; Herring, B. (2007): Dorothea Orem's Self-Care Deficit Theory; Seminarywork; Troy University; found at: [www.http://prism.troy.edu](http://prism.troy.edu) (10.07.2010)
- Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz (2007): Prävention postoperativer Infektionen im Operationsgebiet; Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut; 50: 377-393
- Kaspar, J.; Heesen, C.; Mühlhauser, I. (2009): Evidenzbasierte Patienteninformation – dargestellt am Beispiel der Immuntherapie am Beispiel der Immuntherapie bei Patienten mit Multipler Sklerose; In: Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz; 52:77-85
- Leistungskatalog 2009 der Gebietskrankenkassen f. Wien und Niederösterreich
- Späth, K.; Koch, T.; John, A. (2006): Textverständlichkeit; Seminarunterlagen der Studienrichtung Medienpsychologie; Universität Frankfurt a. Main
- Wundgruppe 13B1 (2009): Leitfaden zur Wundversorgung; Klinische Abteilung für Allgemein Chirurgie; Universitätsklinik für Chirurgie; AKH-Wien
- Zürner, P.; Beckmann, I-A; (2003): Teamwork; Die blauen Ratgeber; Deutsche Krebshilfe

15 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Kommunikationsmodell nach Adam; eigene Quelle	46
Abbildung 2: Kommunikationsmodell nach Watzlawick; eigene Quelle	49
Abbildung 3: Hamburger Kommunikationsmodell; eigene Quelle	53
Abbildung 4: Quelle: http://www.janaszek.de/t/schriftgrad.htm	63
Abbildung 5: Punktzeilen; eigene Quelle.....	73
Abbildung 6: Zeilenpaare; eigene Quelle.....	73
Abbildung 7: Kniegelenk; Quelle: www.fotosearch.com	74
Abbildung 8: Kniegelenk; Quelle: www.fotosearch.com	74
Abbildung 9: „geschlossene“ Zeilen; eigene Quelle.....	75
Abbildung 10: Kniegelenk, Quelle: Primal Pictures 3D; Interactive Series: Knee 1; published by Primal Pictures Ltd.; London.....	87
Abbildung 11: Kniegelenk von hinten; Quelle: Primal Pictures 3D; Interactive Series: Knee 1.; published by Primal Pictures Ltd.; London	88
Abbildung 12: Schubladentest; Quelle: http://www.gvle.de/kompendium/knie/0106/0020.html	94
Abbildung 13: Lachmann-Test; Quelle: http://www.gvle.de/kompendium/knie/0106/0020.html	94
Abbildung 14: Pivot-Shift-Test; Quelle: http://www.gvle.de/kompendium/knie/0106/0020.html	95
Abbildung 15: Entnahmestelle für Patellarsehnentransplantat; Quelle: www.helml.at/images/aclop1.gif	101
Abbildung 16: Sehnenentnahmestelle (M. Semitendinosus, M. Gracilis); Quelle: www.aclsolutions.com/images/Seif_hamstring%20	102
Abbildung 17: Entnahme Semitendinosus-/Gracilissehne; Quelle: http://www.arthroteam.com/schwerpunkte.html	103
Abbildung 18: Arthrex-Workstation zur Vorbereitung des Transplantates; Quelle: http://www.arthro-uerdingen.de/Diashow-Kreuzbandplastik/11 Sehrendopplung-Arthrex.Workstation.jpg.....	103
Abbildung 19: Fixationsimplantate; Quelle: http://www.arthroteam.com/schwerpunkte.html	104

16 Anhang

16.1 MindMap: zusätzlicher Informationsfluss mittels Patientenpass



16.2 Patientenpass

Patientenpassnummer: PATIENTENPASS Name: _____ KREUZBANDRISS  Patientenpass – © K. Klas 1	Patientenpassnummer: MEIN BEHANDLUNGSTEAM: ARZT / ARZTIN:  Tel.: _____ Adresse: _____ Ordinationszeiten: _____ PHYSIOTHERAPIE:  Tel.: _____ Adresse: _____ Ordinationszeiten: _____ PFLEGEPERSON:  Tel.: _____ Adresse: _____ Patientenpass – © K. Klas 2
--	--

MEINE PERSÖNLICHEN DATEN:

Adresse

Telefonnummer

Handynummer

Wer soll im Notfall verständigt werden

Name:

Tel.:

Name:

Tel.:

Name:

Tel.:

Krankenkasse

Sozialversicherungsnummer

Zusatzversicherung

Polizzenummer

Sonstiges

INHALTSVERZEICHNIS:

1 Allgemeine Informationen	5
1.1 Warum der Patientenpass?	5
1.2 Wie geht man mit dem Pass um?	5
2 Medizinische Informationen	6
2.1 Informationen zum Kniegelenk und der Kreuzbandverletzung.....	6
2.2 Welche Behandlungsformen gibt es?	7
2.3 Welche Operationsmethoden gibt es?	8
2.4 Welche Behandlung wird für mich empfohlen?	10
2.5 Informationen über wichtige Medikamente	11
Wichtige Informationen für den Arzt/Ärztin.....	14
Aufklärungsbogen für die Operation.....	15
Aufklärungsbogen für die Anästhesie	17
3 Vorbereitungen für die Operation	20
3.1 Untersuchungen vor der Operation	20
3.2 Physiotherapie vor der Operation.....	21
Übungen:	21
3.3 Checkliste fürs Krankenhaus.....	22
3.4 notwendige Hilfsmittel nach der Operation	22
4 Im Krankenhaus und wieder zu Hause	26
4.1 Meine Operation.....	26
4.2 Die erste Woche nach der Operation.....	27
4.3 Medizinische Information zur Entlassung.....	31
4.4 Physiotherapie an den ersten Tagen nach der OP	32
4.5 Informationen – Wundpflege	33
4.6 Informationen – Körperpflege	34
4.7 Verhalten zu Hause.....	36
5 Meine Arzttermine	38
6 Meine Physiotherapie Termine	45
7 Fotos – Übungen.....	55
8 Topfenumschlag – Topfenwickel	66
8.1 „Zuraten“ für einen Topfenumschlag.....	66
9 Thromboespritze	69
9.1 Durchführung im Überblick	69
9.2 Anleitung für das Setzen der Thromboespritze	70
10 Fremdwörterverzeichnis.....	71

1 Allgemeine Informationen

1.1 Warum der Patientenpass?

Sie haben diesen Patientenpass wegen einer Verletzung Ihres Kreuzbandes bekommen. **Dieser Pass ist wichtig für Sie und Ihr behandelndes Team** (Arzt/Ärztin, Physiotherapeutin/Physiotherapeut, Pflege). Er wird Sie während der langen Behandlungs- und Rehabilitationsphase begleiten.

Alle wichtigen Informationen über Ihre Behandlung, Therapien und die Behandlungsziele werden darin aufgeschrieben.

Der **Patientenpass** sollte deshalb zu jedem Termin mit dem Arzt/Ärztin und der **Physiotherapie** mitgebracht werden.

Nehmen Sie sich Zeit und lesen Sie zu Hause in Ruhe nach!

1.2 Wie geht man mit dem Pass um?

Notieren Sie Ihre Fragen für den nächsten Arztbesuch im Feld: „Fragen an den Arzt/die Ärztin“. So können Sie nicht vergessen, was Sie den Arzt/die Ärztin fragen wollen, was Sie beschäftigt oder welche Probleme Sie haben. Alle Seiten, Kapitel oder Unterpunkte auf denen medizinische Informationen zu finden sind, sind mit einem  gekennzeichnet!

Informationen über **Körper- und Wundlage**, sowie das **richtige Verhalten** im Krankenhaus und dabei sind mit einem  gekennzeichnet!

Die **wichtigsten Übungen** für die **Physiotherapie** finden Sie im Kapitel 7.0 „**Fotos - Übungen**“ **abgebildet**. Dort können Sie nachsehen wie eine Übung richtig ausgeführt wird. Alle Seiten, Kapitel oder Unterpunkte auf denen physiotherapeutische Informationen zu finden sind, sind mit einem  gekennzeichnet!

- **Alle wichtigen Informationen sind im Pass enthalten!**
- **Bringen Sie den Patientenpass bei jedem Arzt- oder Physiotherapiebesuch mit!**
- **Nur so kann sichergestellt werden, dass Sie immer alle Informationen erhalten! Das ist für eine erfolgreiche Behandlung wichtig!**

2 Medizinische Informationen



2.1 Informationen zum Kniegelenk und der Kreuzbandverletzung

Unser Kniegelenk ist kompliziert aufgebaut. Es muss eine Vielzahl von Belastungen aushalten. Diese Aufgaben leisten die **Muskulatur** von Oberschenkel und Unterschenkel, die **Bänder** (Seitenbänder innen und außen, die Kreuzbänder - vorderes und hinteres), **Menisken** (innerer und äußerer) und das **Kapselgewebe**.

Die **Kreuzbänder** verlaufen überkreuzt von der Mitte des Schenkelknies zum Oberschenkelknochen. Sie stabilisieren das Kniegelenk und verhindern, dass der Oberschenkelknochen und das Schienbein sich beim Gehen und Laufen gegeneinander verschieben können.

In den Bändern befinden sich **Messfühler = Propriozeptoren**. Diese senden an Ihr Rückenmark Informationen zur Orientierung über die Stellung des Beines. So kann die Steuerung verschiedener Muskelgruppen reguliert werden.

Der **Kreuzbandriss** ist die häufigste Kniebandverletzung. Meistens ist eine Sportverletzung (z.B. Skifahren, Fußballspielen) Ursache dafür.

Bei einem **Kreuzbandriss** kommt es meist zu einer **Blutung im Kniegelenk**, zu einer **Schwellung** (kann mehr oder weniger stark ausgeprägt sein) und zu **Schmerzen** im Kniegelenk. Im Kniegelenk kann sich auch ein **Erguss** bilden. Es kann sein, dass normales Gehen nicht möglich ist – man hat das Gefühl: „das Knie rutscht weg“. Manchmal sind auch noch andere Teile des Kniegelenkes betroffen (z.B. Meniskus, Seitenband).

Die **Diagnose** stellt der Arzt/die Ärztin durch:

- die Beurteilung Ihrer **Symptome** (Schmerz, Schwellung, nicht normale Beweglichkeit des Kniegelenkes, Erfolgen des Unfallgeschehens),
- ein **Röntgen**,
- eine **Spezialuntersuchung** (Magnetresonanztomografie – MR = MRT),
- eine **Gelenkpunktion** (es lässt sich Blut absaugen),
- eine **Gelenkspiegelung** = Arthroskopie.

Es werden nicht immer alle Untersuchungen durchgeführt. Bei einer frischen Bandverletzung im Knie können Sie sehr starke Schmerzen haben. Ihr Arzt/Ihre Ärztin kann Sie deshalb nicht genau untersuchen. Aus diesem Grund ist es nötig, ein paar Tage nach der Verletzung noch einmal zu einer Untersuchung zu kommen.

2.2 Welche Behandlungsformen gibt es?

Bei einem Kreuzbandriss gibt es 2 Behandlungsformen. Die **konservative Therapie** = keine Operation und die **Operation**. Es ist für Sie wichtig zu wissen, dass ein Kreuzbandriss nicht immer operiert werden muss!

2.2.1 konservative Therapie

Zuerst sollte immer auch die nicht operative = konservative Therapie überlegt werden. Nur bei jungen und sehr sportlichen Patienten kommt die konservative Therapie eher nicht in Frage.

Manchmal ist es nötig, eine Schiene = **Knieorthese** für das Knie zu verordnen. Diese stabilisiert Ihre instablen Knie, damit Sie besser gehen können.

Nachdem die akuten Schmerzen zurückgegangen sind, wird vom Arzt/der Ärztin Physiotherapie verschrieben. Diese ist sehr wichtig. Durch die Physiotherapie wird versucht Ihre Oberschenkelmuskulatur zu kräftigen. Sie werden Koordinationsübungen lernen. Ziel ist, das verletzte Kniegelenk durch den Aufbau der Muskulatur wieder zu stabilisieren.

Dieses Training müssen Sie selbstständig und konsequent Ihr weiteres Leben lang durchführen. So ist sicher gestellt, dass Ihre Muskulatur die Funktion des gerissenen Kreuzbandes übernimmt und das Kniegelenk stabilisiert.

2.2.2 operative Therapie

Ob Ihnen Ihr Arzt/Ihre Ärztin zu einer Operation rät, hängt von Alter, Sportlichkeit, Beruf und möglichen Begleitverletzungen (z.B. Meniskusriss) ab.

Bei der Operation wird heute eine **Kreuzbandplastik** gemacht. Dabei wird meist ein Stück einer Sehne aus Ihrem Körper im verletzten Knie eingepflanzt. Dieses neue Kreuzband hat ähnliche Eigenschaften und die gleiche Funktion wie Ihr altes Kreuzband.

Die Operation wird entweder sofort, oder 6 bis 12 Wochen nach dem Unfall durchgeführt. In manchen Fällen erst Monate später.

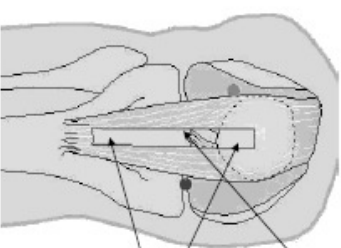
Auch hier ist eine langwierige Physiotherapie notwendig.

Wenn die Kreuzbandplastik von einem erfahrenen Arzt gemacht wird, gibt es selten Komplikationen.

2.3 Welche Operationsmethoden gibt es?

Als Ersatz für das Kreuzband eignen sich am Besten Sehnenstücke aus dem eigenen Körper: Knie-Sehnen-sehne = Patellasehne, Sehnen aus den Muskeln an der Rückseite des Oberschenkels (Semitendinosus und Gracilis Sehne) oder ein Stück Sehne aus dem Oberschenkelmuskul (Quadricepssehne).

2.3.1 Die Knie-Sehnen-sehne = Patellasehne



Aus der Mitte der Knie-Sehnen-sehne wird ein ungefähr 1cm breites Sehnenstück entnommen. An jedem Ende der Sehne bleibt ein kleines Stück aus dem Knochen.

Das Knochenstück aus der Knie-Sehne und das Knochenstück aus dem Schenkel.

Diese Knochenstückchen sind ungefähr 1cm breit und 2cm lang.



Die Knochenstückchen werden bei der Operation in gebohrte Löcher gesteckt. Dort werden sie mit Schrauben aus Titan oder einer Zucker-Stärke-Masse befestigt. Meist müssen diese Schrauben nicht mehr entfernt werden.

Manchmal werden die Knochenstücke mittels einer speziellen Technik (= Pressfit-Technik) auch im Knochen verankert, dann werden keine Schrauben benötigt.

Nach ungefähr 3 bis 6 Wochen ist das neue Kreuzband eingewachsen.

Die Operation kann mittels einer Kniegelenkspiegelung = Arthroskopie durchgeführt werden.

Patientenpassnummer:

2.3.2 Die Oberschenkelsehnen = Semitendinosusehne und Gmcllasehne



Die Sehnen werden nahe beim Kniegelenk an der Innenseite Ihres Oberschenkels entnommen. Dazu macht der Arzt/die Ärztin einen kleinen Schnitt am Schenkelkopf.

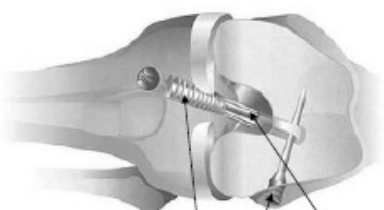
Gmcllasehne
Semitendinosusehne

Die entnommenen Sehnenstücke werden 4mal zusammengelegt. Damit sind sie fast doppelt so reifstest wie Ihr eigenes Kreuzband

Das neue Kreuzband wird mit einem oder zwei Stiften im Oberschenkel und mit einer Schraube im Schenkelkopf befestigt.

Diese Teile zum Fixieren sind heute meist aus einem Material (Zucker-Stärke-Masse), das sich auflöst und deshalb nicht wieder entfernt werden muss.

Nach ungefähr 10 bis 12 Wochen ist das neue Kreuzband eingewachsen. Diese Operation kann mittels einer Kniegelenkspiegelung = Arthrooskopie gemacht werden.



Patientenpassnummer:

2.4 Welche Behandlung wird für mich empfohlen?

Genaue Untersuchungen sind nötig, um die Schwere der Verletzung zu beurteilen. Danach wird Ihr Arzt/Ihre Ärztin die für Sie am besten geeignete Behandlungsmethode mit Ihnen besprechen.

empfohlene Behandlung	Begründung
1. Wahl:	
empfohlene Behandlung	Begründung
2. Wahl:	

Datum:

Name des Arztes/der Ärztin:	Unterschrift des Arztes/der Ärztin:

2.5 Informationen über wichtige Medikamente

2.5.1 Thromboseprophylaxe

Da Sie nach der Operation das operierte Bein nur wenig bewegen, besteht die Gefahr, dass ein Blutgerinnsel in einer Vene entstehen könnte. Dieses könnte sich lösen und in Ihrer Lunge eine so genannte Embolie (=Verstopfung eines Lungengefäßes) verursachen. Das wäre eine lebensbedrohliche Situation. Um die Gefahr für ein Blutgerinnsel so klein wie möglich zu halten, muss ein Medikament (= Heparin) zur Blutverdünnung verabreicht werden. Es gibt dieses Medikament mit verschiedenen Namen z.B.: Lowenox® oder Fragmin®.

Dieses Medikament kann zurzeit nur gespritzt werden. Die Spritzen bekommen Sie fertig, mit dem Medikament gefüllt, in Ihrer Apotheke. Das Rezept gibt Ihnen Ihr Arzt/Ihre Ärztin.

Sie werden in unserer Praxis oder im Krankenhaus lernen, wie Sie oder Ihr Angehöriger die Spritze anwenden. Unter **Punkt 9.0** können Sie nachlesen und auf den Fotos sehen, wie man eine Thrombosespritze richtig setzt!

Wichtig:

Sie müssen dieses Medikament 1x am Tag für 3-4 Wochen spritzen, um die Gefahr eines Blutgerinnsels so klein wie möglich zu halten!



2.5.2 Schmerzmedikamente

Sie werden am Anfang zwei verschiedene Schmerzmittel verschrieben bekommen. Diese Medikamente wirken an unterschiedlichen Rezeptoren in Ihrem Körper. Damit wird eine gute und für Sie persönlich angepasste Schmerztherapie sichergestellt.

Wichtig:

Falls Sie trotz der verschriebenen Schmerzmedikamente starke Schmerzen haben, setzen Sie sich mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin in Verbindung. Auf keinen Fall eigenmächtig die Dosis der Schmerzmittel erhöhen! Gehen Sie bitte, das während der Schmerztherapie kein Fahrzeug gelenkt werden darf!

2.5.2.1 NSAR = Nicht Steroide Antirheumatika (enthalten kein Kortison)

Diese Medikamente wirken sehr gut schmerzstillend, entzündungshemmend, fiebersenkend und abschwellend. Es gibt diese Medikamente mit unterschiedlichen Wirkstoffen und Namen (z.B.: Voltaren®, Falden®, Seractil®, Paracemol®, Brufen®).



Bei empfindlichen Patienten können diese Medikamente die Magenschleimhaut reizen. Deshalb wird Ihnen Ihr Arzt/Ihre Ärztin zur Sicherheit einen „Magenschutz“ (siehe dort) verschreiben.



2.5.2.2 Paracetamol:

Ist ein oft verwendetes Schmerzmittel. Es wird bei leichten bis mittel starken Schmerzen verordnet und wirkt auch gut Fieber senkend.

Paracetamol ist unter verschiedenen Namen erhältlich (z.B.: Mexalen®, Benuron®, Paracetamol Genericum).



2.5.2.3 Opioid:

Wirken an speziellen Rezeptoren der Nervenzellen und im Gehirn. Sie sind sehr stark Schmerz stüend (z.B.: Tramal®).



2.5.3 „Magenschutz“

Unter dem Magenschutz versteht man Medikamente, die die Magensäureproduktion hemmen oder sogar verhindern.

Schmerzmittel können die Magenschleimhaut angreifen. Wenn auf die gereizte Magenschleimhaut die Magensäure kommt, kann es zu einer Entzündung = Gastritis kommen. Um das zu verhindern ist es wichtig, dass Sie den „Magenschutz“ einnehmen so lange Sie Schmerzmittel nehmen!

Eine Gastritis kann aber auch andere Ursachen (z.B.: Rauchen, Stress, viel Kaffee, Alkohol) haben. Es ist für Ihren Arzt/Ihre Ärztin wichtig zu wissen, falls eine oder mehrere dieser Ursachen bei Ihnen vorhanden sind. Nehmen Sie zusätzlich zu diesen Risikofaktoren ein Schmerzmittel, steigt die Gefahr für die Entstehung einer Gastritis.

Heute sind die besten Ergebnisse für einen guten „Magenschutz“ mit so genannten „Protonenpumpenhemmern“ zu erreichen. In bestimmten Zellen im Magen wird dadurch die Bildung von Magensäure gehemmt. Die Hemmung der Säurebildung hält ungefähr einen Tag. Deshalb braucht man dieses Medikament nur einmal in 24 Stunden schlucken. Am Besten morgens vor dem Essen.

Diese Medikamente (z.B. Pantoloc®, Agoplor®) haben nur sehr wenige Nebenwirkungen. Ihr Arzt/Ihre Ärztin wird Ihnen dringend empfehlen, einen solchen „Magenschutz“ einzunehmen.



Gastritis = Magenschleimhautentzündung

Bei einer Gastritis hat man Bauch- oder Magenschmerzen, Übelkeit, manchmal Erbrechen. Meistens werden die Schmerzen besser, wenn man etwas gegessen hat.

Ulcus ventriculi = Magengeschwür

Wird die Gastritis nicht behandelt, kann sich daraus ein Magengeschwür = Ulcus Ventriculi entwickeln. Dieses Geschwür kann, wenn man es nicht behandelt, stark zu Bluten beginnen. Das könnte für Sie lebensgefährlich werden!

Wichtige Informationen für den Arzt/Ärztin

Für Ihren Arzt/Ärztin ist es wichtig, dass er/sie über Ihren Gesundheitszustand vor der geplanten Operation genau informiert ist. Dadurch kann eine mögliche Gefahr für Ihre Operation besser erkannt werden. Ihr Arzt/Ärztin kann Vorsichtsmaßnahmen treffen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen ehrlich!

- Haben Sie **Störungen des Stoffwechsels** z. B. Zuckerkrankheit.....? ☐ JA ☐ NEIN
 - Haben Sie eine **Störung an einem Organ oder Organsystem** z. B.: Herz, Niere, Leber, Lungen, Nervensystem, Schilddrüse, Blutdruck.....? ☐ JA ☐ NEIN
 - Haben Sie eine **Infektionskrankheit** z. B. Hepatitis „B“ oder „C“, HIV, AIDS, Tuberkulose.....? ☐ JA ☐ NEIN
 - Sind bei Ihnen **Allergien/Überempfindlichkeiten** bekannt z. B. auf Pflaster, Latex, Medikamente, Jod, Lebensmittel.....? ☐ JA ☐ NEIN
 - Haben Sie eine **erhöhte Blutungsneigung** – z. B. häufiges Nasenbluten, häufig große blaue Flecken? ☐ JA ☐ NEIN
 - Haben Sie bei früheren Wunden **Entzündungen, Eiterungen, Fisteln, Abszesse, starke Narbenbildung**? ☐ JA ☐ NEIN
 - Kann es bei Ihnen schon einmal zur Bildung eines **Blutgerinnsels** z. B. Thrombose, Embolie? ☐ JA ☐ NEIN
 - Nehmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein? ☐ JA ☐ NEIN
- Wenn „JA“, welche.....?
- Rauchen Sie? ☐ JA ☐ NEIN
 - Könnten Sie **schwanger** sein? ☐ JA ☐ NEIN

Patientenpassnummer:

Aufklärungsbogen für die Operation

Name der Patientin/ des Patienten:

aufklärender Arzt/Ärztin:

Dr.

Unterschrift:

Diagnose:

vorgeschlagene Operationsmethode:

O rechtes Knie

O linkes Knie

Datum:

Uhrzeit:

Ort der Aufklärung:

Mögliche Komplikationen:

Die Kreuzbandplastik ist heute eine Routineoperation mit kleinem Operationsrisiko. Trotzdem kann es vereinzelt zu Zwischenfällen kommen. Manchmal müssen dann zusätzliche Maßnahmen gesetzt werden.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – Infektion – Allergische Reaktionen – verzögerte Wundheilung – schlechter Narbe – überschießende Narbenbildung – Verletzungen des Knorpels – Gelenksentzündung – Verletzung wichtiger Blutgefäße – Verletzung von Nerven – Sensibilitätsstörungen | <ul style="list-style-type: none"> – Durchblutungsstörungen – Ausreißen der Naht – Weichteilnekrose – Embolie – Thrombose – verzögerte Knochenheilung – nochmalige Operation – lang anhaltende Schwellung – Implantatversagen – Transplantatversagen |
|---|--|

Mit der geplanten Operation bin ich nach ausführlicher Aufklärung einverstanden. Einer notwendigen Erweiterung der geplanten Operation gebe ich meine Zustimmung!

Ort u. Datum:

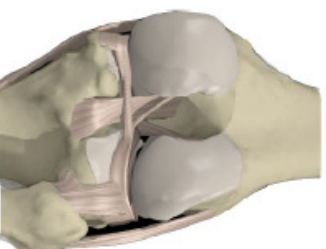
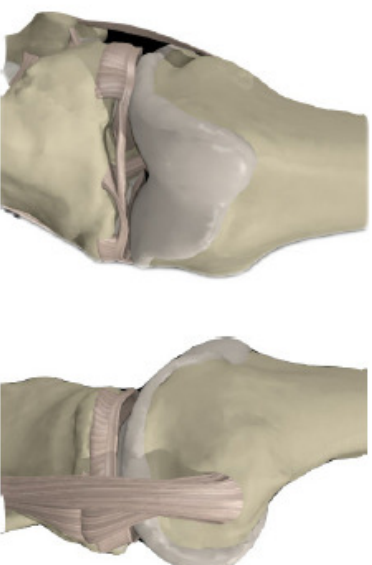
Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigte(r):

Ort u. Datum:

Unterschrift Arzt/Ärztin:

Patientenpassnummer:

Für Operationskizzen:



Anmerkungen des Arztes/der Ärztin:

1

1

1

Gewicht: _____ kg

.....

.....

11

Jahr:

--	--	--	--	--	--	--

11

11

11

Patientenpassnummer:

Medische Komplikationen:



Eine Narkose oder Teilnarkose ist heute eine Routinebehandlung mit kleinem Risiko. Trotzdem kann es vereinzelt zu Zwischenfällen kommen. Manchmal müssen dann zusätzliche Maßnahmen gesetzt werden.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Blutdruckabfall - Allergische Reaktionen - Heiserheit/ Schluckbeschwerden - Hamverhalten - Zahnschäden - Querschüttelähmung - Nervenbeschäden | <ul style="list-style-type: none"> - Kopfschmerzen - Sensibilitätsstörungen - Weichteilschwellung - Embolie/ Thrombose - Thrombose - Oberkehl-/Erbrechen/Aspiration - Wachen während d. Narkose |
|---|--|

Mit der geplanten Narkose bin ich nach ausführlicher Aufklärung einverstanden. Bei einer Teilnarkose bin ich einverstanden, dass falls nötig, die Teilnarkose zu einer Vollnarkose erweitert werden darf.

Ort u. Datum:

Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter(!)

--	--

Ort u. Datum:

Unterschrift Arzt/Ärztin:

--	--

Patientenpassnummer:

3 Vorbereitungen für die Operation



In diesem Kapitel sind medizinische, physiotherapeutische und pflegerische Informationen enthalten!

3.1 Untersuchungen vor der Operation



Vor der Operation müssen einige Untersuchungen gemacht werden. Diese Untersuchungen können auch im Krankenhaus vor der Operation gemacht werden. Sie können diese Untersuchungen aber auch ambulant (beim Facharzt, im Labor,...) machen lassen. Ihr Arzt/Ihre Ärztin wird Sie darüber informieren, was für Sie besser geeignet ist. **Bitte besprechen Sie das Vorgehen mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin!**

Wichtig:

Wenn Sie die Untersuchungen bereits vor der Aufnahme im Krankenhaus gemacht haben → Befunde mitbringen nicht vergessen!

3.1.1 Magnetresonanztomografie - MRT

Falls bis jetzt noch nicht gemacht, sollte auf alle Fälle vor der Operation eine **Magnetresonanztomografie** – kurz **MRT** durchgeführt werden.

Mit dieser Untersuchung kann Ihr Arzt/Ihre Ärztin genau feststellen, ob vielleicht auch noch andere Verletzungen im Kniegelenk vorliegen (z. B. Meniskusverletzung). Das ist sehr wichtig für Ihren Arzt/Ihre Ärztin zu wissen. Ihre Operation kann dann besser vorbereitet werden.

Verordnungsschein für das MRT erhalten:

☐ Ja

☐ Nein

3.1.2 Herz- und Lungenröntgen, EKG, Blutbefunde

Sie benötigen eine Freigabe für die Narkose und die Operation von Ihrem Internisten (Hausarzt)/Ihrer Internistin (Hausärztin). Je nach Alter sind ein **Herz- und Lungenröntgen**, ein **EKG (Elektrocardiogramm)** und **Blutbefunde** notwendig.

Verordnungsschein für das EKG erhalten:

☐ Ja

☐ Nein

Verordnungsschein für das Herz- und Lungenröntgen erhalten:

☐ Ja

☐ Nein

Verordnungsschein für die Blutbefunde erhalten:

☐ Ja

☐ Nein

Patientenpassnummer:

3.2 Physiotherapie vor der Operation

Günstig wäre, wenn Sie bereits VOR der Operation einen Termin zur Physiotherapie wahrnehmen.

Die Physiotherapeutin/der Physiotherapeut wird Ihnen einige Übungen für die Zeit nach der Operation zeigen. Diese Übungen sollten Sie schon vor der Operation zu Hause gut einüben!

Ziel:

- freie Kniebeweglichkeit
- Erlernen der Übungen für das KH
- Versteifen der Wundheilung einer konsequenten Physiotherapie

Übungen:

Übung Nr.:	Übung Nr.:	
Übung Nr.:	Übung Nr.:	

Sie sollten einen **Termin** bei Ihrem **Physiotherapeuten/Ihrer Physiotherapeutin**, der/die Sie nach der Operation betreuen wird, ausmachen. Der Therapeut/die Therapeutin zeigt Ihnen Übungen, die Sie nach der Operation im Krankenhaus bereits machen können und sollen. Dies ist besonders wichtig, wenn Sie vorhaben, bereits am 1. oder 2. Tag nach der Operation nach Hause zu gehen. Dahin haben Sie meist keine Physiotherapie. Deshalb ist es wichtig, dass Sie wissen, welche Übungen Sie schon machen können.

Verordnungschein für die Physiotherapie erhalten:

☐ Ja

☐ Nein

Patientenpassnummer:

3.3 Checkliste fürs Krankenhaus

Hier finden Sie die wichtigsten Dinge aufgelistet, die Sie im Krankenhaus brauchen. Füllen Sie sie ab, wenn sie eingepackt sind. So können Sie nichts Wichtiges vergessen!

Patientenpass	Toilettartikel
Versicherungskarten	Bademantel
Befunde	Hausschuhe
Röntgenbilder	Tumschuhe, Socken
Blutgruppenausweis	Lesematerial
Krücken	CD-Player, MP3-Player
Orthese	T-Shirts
ev. Medikamente	elastische Trainingshose

3.4 notwendige Hilfsmittel nach der Operation

Hier erfahren Sie, welche Dinge Sie nach der Operation dabei benötigen. Manche davon benötigen Sie schon im Krankenhaus (z.B. Krücken, Orthese...).

Wichtig:

Diese Hilfsmittel sollten Sie besorgen oder vorbereiten, bevor Sie ins Krankenhaus gehen!

3.4.1 Topfen

Ihr Arzt/Ärztin wird Ihnen eventuell empfehlen Topfenumschläge zu machen. Kaufen Sie genügend Topfen ein. Für einen Umschlag brauchen Sie ca. 250-500g Topfen. Sie können 2 bis 3mal täglich einen Topfenumschlag auf das betroffene Knie auflegen. Bereiten Sie Tücher vor, mit denen Sie die Umschläge machen können.



Hinweis:

Wie Sie einen Topfenumschlag machen, finden Sie unter Punkt 8.0. erfüllt!

Pfidentempassnummer:



3.4.2 Krücken

mit Verordnungsschein beim Bandagisten besorgen. Manchmal können Sie die Krücken auch bei Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin ausleihen. Die Krücken können Sie mit in die Dusche nehmen, sie sind „wasserfest“



Wichtig:
Beschaffen Sie sich die Krücken schon vor dem Krankenhausaufenthalt. Nehmen Sie die Krücken mit ins Krankenhaus!

3.4.3 Orthese

Wird vom Arzt/Ärztin manchmal schon vor der Operation verordnet. Sie bekommen die Orthese beim Bandagisten mit dem Verordnungsschein vom Arzt/Ärztin oder nach der Operation im Krankenhaus. Fragen Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin danach! Es gibt unterschiedliche Modelle von Orthesen – hier nur eine kleine Auswahl.



Wichtig:
Nehmen Sie die Orthese mit ins Spital, wenn Sie bereits eine besitzt!

Patientenpass – © K. Klas

23

Pfidentempassnummer:



3.4.4 Verbandmaterial

Besorgen Sie sich Duschpflaster in der Apotheke. Nicht immer bekommen Sie im Krankenhaus Pflaster zum Wechseln mit nach Hause. 5 – 10 Stück sind zu empfehlen. Falls welche überbleiben, können Sie die Duschpflaster auch später für andere Wunden verwenden.

Wie Sie den Verbandwechsel durchführen, sehen Sie Schritt für Schritt unter **Punkt 4.4**



3.4.5 Kühlbeutel

Besorgen Sie sich zwei große Kühlbeutel (ca. 30 x 40 cm). Diese benötigen Sie nach der Operation zu Hause zum Kühlen des Kniegelenkes. Legen Sie die Kühlbeutel im Tiefkühlfach bereit. Sie benötigen ein Tuch (z.B. Handtuch) um den Kühlbeutel einwickeln zu können. Sie dürfen den Kühlbeutel NIE direkt auf die Haut legen. Bevor Sie den Kühlbeutel auflegen, lassen Sie ihn einige Minuten bei Raumtemperatur liegen. Er ist dann nicht mehr so steif und schmilgt sich besser an Ihrem Knie an. Kühlbeutel bekommen Sie beim Bandagisten, im Sportfachhandel oder in der Apotheke.

Anwendung: Kühlbeutel für 20-30 min auflegen.



Wichtig:
Kühlbeutel nie ohne Schutzhülle (Handtuch, Polsterbezug) auf die Haut legen!

Patientenpass – © K. Klas

24

Padde nitepa sennu me r

3.4.4.6 Antirutschmatte für Dusche od. Badewanne



Sie dürfen mit „Duschplastern“ auf ihren Wunden duschen gehen, sobald die Drainagen entfernt worden sind!

In der Dusche oder Badewanne sollte eine Antirutschmatte liegen. Es besteht sonst die Gefahr, dass Sie ausrutschen, denn Sie können in den ersten Tagen nach der Operation noch nicht sicher auf beiden Beinen stehen.



3.4.7 „wasserechter“ Hocker

Gut wäre auch ein „wasserfester“ Hocker für die Dusche oder Badewanne. Es gibt spezielle Duschhocker im Sanitärfachhandel. Ein Hocker aus Kunststoff erfüllt aber denselben Zweck.



Patientenpass – © K. Klas

25

Patient compliance with treatment:

1000

4 Im Krankenhaus und wieder zu Hause



In diesem Kapitel sind ärztliche, pflegerische und physiotherapeutische Informationen enthalten. Die Dauer des Krankenhausaufenthaltes kann sehr unterschiedlich sein. Manche Patienten werden erst am Tag der Operation im Krankenhaus aufgenommen und gehen bereits am Tag nach der Operation nach Hause. Andere kommen bereits am Tag vor der Operation ins Krankenhaus und werden erst nach 2-4 Tagen entlassen.

4.1 Meine Operation

Hier vermerkt Ihr Arzt/Ihre Ärztin wie die Operation verlaufen ist.



Operationsverlauf:

Komplikationen:

10

Implantate:

Hier wird vermerkt, mit welchen Implantaten (z.B. Schrauben, Stiften,...) Ihr neues Kreuzband fixiert wurde.

Patientenpass – O.K. Mas

26

4.2 Die erste Woche nach der Operation

Die postoperative Phase dauert 7 Tage.



4.2.1 Tag der Operation

Vor der Operation müssen Sie nüchtern sein. Das bedeutet Sie dürfen **nichts mehr essen oder trinken**. Auch **Rauchen ist verboten**. Nahrung und Nikotin steigert die Produktion von Magensaft. Dies ist für die Narbensekretion nicht günstig. Ihr Behandlungsteam sagt Ihnen genau, ab wann Sie nüchtern sein müssen.

Am Morgen vor der Operation sollten Sie duschen gehen. Das Bein, das operiert wird, muss enthaart werden. Das Pflegepersonal ist Ihnen dabei behilflich, wenn Sie möchten. Danach bekommen Sie bekommen ein spezielles Nachthemd (= OP-Hemd) und einen Antihrombosestrumpf für das gesunde Bein. Ziehen Sie beides nach dem Duschen an.

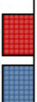
Sie werden rechtzeitig in den OP gebracht, sobald dort alles für Sie vorbereitet wurde. Im OP werden Sie vom Pflegepersonal empfangen und über eine Schleuse „eingeschleust“. Das bedeutet, Sie werden über einen speziellen „Tisch“ in den sterilen OP-Bereich gebracht und auf den fahrbaren OP-Tisch gelegt.



Im **Vorbereitungsräume** treffen Sie Ihren **Narkosearzt/Narkoseärztin**. Die Narkose bekommen Sie entweder hier oder im OP.

Es kann möglich sein, dass Sie ein „ungutes“ oder „flaves“ Gefühl im Magen haben. Ein bisschen Angst vor der Operation ist normal. Deshalb erhalten Sie auf der Station ein Medikament zur Vorbereitung auf die Narkose. Es macht Sie müde und entspannt und viele Patientinnen „verschlafen“ die Wartephase im OP bereits.

Wichtig:
Wenn Sie große Angst haben sollten, sagen Sie das Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin.



Nach der Operation kommen Sie in den **Aufwachraum**. Dort werden Sie einige Stunden nach der Operation überwacht. Jeder Patient hat dort seine „eigene“ Überwachungsposition.

Überwachungsposition

Speziell geschultes Pflegepersonal beobachtet Sie dort. Ihr Kreislauf (z.B. Blutdruck, EKG, Atmung,...) wird mit einem Monitor überwacht. Deshalb haben Sie **EKG-Kabel** auf Ihrer Brust aufgeklebt, eine **Blutdruckmanschette** an Ihrem Arm angelegt.



Auch Ihre Wunden werden in kurzen Abständen vom Pflegepersonal kontrolliert. Falls Sie Schmerzen haben, bekommen Sie Medikamente dagegen. Sie haben an Ihrem Knie einen dicken Verband und meist eine Orthese angelegt. Damit wird sichergestellt, dass Sie ihr Bein nicht zu viel bewegen. Aus ein bis zwei dünnen Schläuchen in Ihrem Knie kann Wundsekret in kleine Plastikschalen abfließen. Diese Schläuche (= Drainagen) werden meistens am nächsten Tag vom Arzt/der Ärztin entfernt. Sind Sie wieder ganz wach, können Sie auf die Station zurück gebracht werden. Die Entscheidung wann Sie auf die Station zurück gebracht werden, trifft der Arzt/ die Ärztin gemeinsam mit dem Pflegepersonal.

Meist können Sie am Abend schon eine Kleinigkeit essen, wenn Sie das möchten. Trinken ist auf alle Fälle erlaubt.

Sie können mit Krücken und Unterstützung vom Pflegepersonal auf die Toilette gehen.

Sie können mit Krücken und Unterstützung vom Pflegepersonal Ihre Abendtoilette (Waschen, Zähne putzen,...) im Badezimmer durchführen. Das Pflegepersonal wird Ihnen Kühltücher auf Ihr Knie auflegen (ca. 20-30min), damit die Schwellung nicht zu sehr zunimmt.

Ihr Arzt/Ihre Ärztin hat Ihnen regelmäßig Medikamente gegen Schmerzen verabreicht. Diese werden Ihnen vom Pflegepersonal gebracht. Falls Sie trotz der Schmerzmittel noch Schmerzen haben, melden Sie sich beim Pflegepersonal.

Falls Sie nicht gut schlafen, können Sie Medikamente zum Schlafen bekommen.



4.2.2 Der 1. Tag nach der OP

Heute dürfen Sie wieder ganz normal Essen und Trinken.

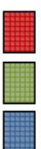
Ihr Arzt/Ihre Ärztin kommt zum Verbandwechsel. Dabei werden meist die Drainageschläuche entfernt. Das kann etwas unangenehm sein und auch etwas schmerzen.

Danach können Sie bereits das 1. Mal duschen gehen. Das Pflegepersonal ist Ihnen gerne dabei behilflich. Falls Sie bereits entlassen werden, siehe Kapitel 4.5)

In vielen Krankenhäusern bekommen Sie bereits die erste Physiotherapie nach der OP. Manchmal wird eine Lymphdrainage (= spezielle Form der Massage, zur Reduktion der Schwellung am Knie) verordnet. Falls Sie keine Physiotherapie erhalten, sollten Sie **Übung 1** und **Übung 9** aus dem Kapitel 7 mehrmals täglich durchführen.

Nach den Übungen ist es günstig, einen Kühlbeutel aufzulegen. Das Pflegepersonal bzw. Physiotherapeutin hilft Ihnen dabei.

Manche Patientinnen werden bereits an diesem Tag entlassen. Falls Sie bereits am 1. Tag nach der OP nach Hause gehen wollen, müssen Sie Ihren Heimtransport organisieren. Günstig wäre, wenn Sie die ersten Tage nach dem Krankenhaus nicht alleine sind. Sie werden Hilfe benötigen, da Sie Ihr Knie noch nicht voll belasten dürfen und mit Krücken gehen müssen.



4.2.3 Der 2.- 5. Tag nach der OP

Die meisten Patientinnen werden in diesem Zeitraum aus dem Krankenhaus entlassen.

- Essen und Trinken dürfen Sie nach Belieben (Alkohol aber wegen der Medikamente vermeiden).
- Physiotherapie muss regelmäßig durchgeführt werden. Ihr Therapeut/Ihre Therapeutin zeigt Ihnen die geeigneten Übungen.
- Kurze Strecken können Sie mit Krücken gehen.
- Kälthherapie mit Kühlbeuteln regelmäßig, am besten nach den Übungen, anwenden, damit das Knie nicht zu stark anschwillt.
- Sie erhalten eine Übungschiene, damit Ihr Knie kontrolliert bewegt wird.
- Ruhen Sie sich zwischen den Übungen immer wieder aus

Wie Sie mit diesen Schienen üben sollen, erklärt Ihnen das betreuende Pflegepersonal, die Physiotherapeutinnen oder Ihr Arzt/Ihre Ärztin.

4.2.3.1 Motorschiene

Diese erhalten Sie meist nur im Krankenhaus. Das Pflegepersonal bringt Ihnen die Schiene und unterstützt Sie bei der Anwendung.

Sie sollen nach Anordnung Ihres Arztes/Ihrer Ärztin, mehrmals täglich damit üben. Das ist wichtig, damit Ihr Knie beweglich bleibt.



Anwendung der Motorschiene:

.....x täglich min.

.....Einstellung

4.2.3.2 Camopedschiene

Diese erhalten Sie direkt über die Vertriebsfirma. Oft wird die Schiene bereits ins Krankenhaus geliefert. Sie bekommen eine Einschulung, ein Bedienungsanleitung und eine DVD für daheim. Diese Schiene wird meist für 3 bis 6 Wochen verordnet.

Anwendung der Camopedschiene:

.....x täglich

.....min.

.....Einstellung



Patientenpassnummer:

4.3 Medizinische Information zur Entlassung



Sie bekommen vor der Entlassung ein Rezept von Ihrem Arzt/Ärztin für die Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen und spritzen sollen.

Rezept erhalten: JA ☐ NEIN ☐ Datum:.....

Medikament		Morgens	Mittag	Abend
Lovenox®	mg			
Fragmin®	IE			
Seracl®	mg			
Mexalen®	mg			
Volaren®	mg			
Agopron®	mg			

Gelenkschwellung, Wunden bei der Entlassung:

- Wunden:
- Gelenkschwellung:

Sonstige Infos:

- Belastung des Beines: ☐ entlasten ☐ Teilbelastung
- Orthesen: ☐ nur tagsüber ☐ Tag und Nacht tragen
-

Patientenpassnummer:

4.4 Physiotherapie an den ersten Tagen nach der OP



	Übungen
1. Tag nach OP	
2. Tag nach OP	
3. Tag nach OP	
4. Tag nach OP	
5. Tag nach OP	
6. - 10. Tag nach OP	

Ziel:

- passive Mobilisation
- Gangschulung
-

Patientenpassnummer: _____

4.5 Informationen – Wundpflege

Sie sollten gezeigt bekommen, wie Sie Ihre Wunden verbinden. Falls nicht, fragen Sie das Pflegepersonal nach dieser Information!
Pflaster und Pflasterfolien bekommen Sie für die ersten Tage in manchen Krankenhäusern mit nach Hause!

Einschulung für den Verbandwechsel durch das Pflegepersonal erhalten:

☐ JA

☐ NEIN

Datum:.....

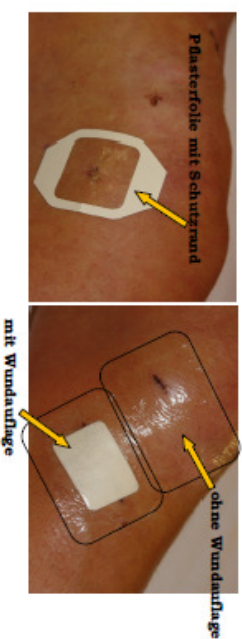
Verbandwechsel:

Saubere Wunden muss man nicht desinfizieren.

Das alte Pflaster wird abgezogen. Ein neues Pflaster wird aufgeklebt.

Wenn Sie eine Pflasterfolie verwenden hat das den Vorteil, dass Sie damit duschen gehen können. Es gibt Pflasterfolien mit oder ohne Wundauflage. Beide Arten sind gleich gut geeignet.

Diese Folie können Sie 5 Tage kleben lassen. Bildet sich eine mit Wundflüssigkeit gefüllte Blase unter dem Verband, müssen Sie ihn wechseln!



Wichtig!
Wenn die Wunde oder das Knie

- stark gerötet ist
 - wieder stark anschwellt
 - eitrige (gelblich-trübe) Flüssigkeit absondert
 - viel Flüssigkeit absondert, auch wenn diese klar ist
 - aufplatzt
 - plötzlich sehr stark schmerzt
- ...müssen Sie **SOFORT** Kontakt zu Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin aufnehmen!

Patientenpass – © K. Klas

33

Patientenpassnummer: _____

4.6 Informationen – Körperpflege

So bald die Drainagen entfernt wurden, können Sie duschen gehen. Die tägliche Körperpflege können Sie, wie gewohnt durchführen. Das Stehen (z.B. beim Abtrocknen oder Zähneputzen) auf einem Bein ist sehr anstrengend (Sie dürfen das operierte Bein anfangs nicht oder nur teilbelasten) und es könnte Ihnen schwindlig werden! Ihre Sitzgelegenheit sollte bereit stehen.

Wichtig:

Beim ersten Duschen → nicht alleine (entweder mit Pflegepersonal im Krankenhaus oder Angehörigen dabei) gehen bzw. sein!

4.6.1 Duschen

dar auf achten, dass Sie nicht ausrutschen – Duschmatte verwenden, ev. Hocker auch in der Dusche verwenden. Legen Sie sich ein Handtuch zum Abtrocknen bereit. Die Krücken können Sie mit in die Dusche nehmen oder in Reichweite abstellen!

Vorgehen:

zuerst mit dem gesunden Bein in die Dusche steigen, dann mit dem operierten. Beim Aussteigen, genau umgekehrt. Auf alle Fälle die Krücken dabei benutzen, um sich abzustützen oder sich von einer zweiten Person helfen lassen!

Günstig wäre dies im Krankenhaus mit einer Pflegeperson oder bereits vor der Operation dabei zu haben!



Patientenpass – © K. Klas

34

4.6.2 „Duschen in der Badewanne“

Patientenpassnummer:



Wichtig: Beim ersten Duschen – nicht alleine gehen!

Hocker in die Badewanne stellen (lassen) und zum Sitzen während des Duschens verwenden. Vergessen Sie das Duschgel oder die Seife nicht. Legen Sie sich ein Handtuch zum Abtrocknen bereit!

Vorbericht:

Auf den Badewannenrand setzen, dann auf den Hocker rutschen. Die Beine sind noch außerhalb der Badewanne. Zuerst wird das operierte Bein in die Wanne gestellt, dann das Gesunde. Beim Aussteigen aus der Wanne, genau umgekehrt machen. Sie können auch das operierte Bein mit Hilfe des gesunden Beines in die Wanne heben.

Günstig wäre dies im Krankenhaus mit einer Pflegeperson oder bereits vor der Operation dabei zu üben!



„stehend“ in die Wanne



„sitzen“ in der Wanne

Krücken in Reichweite abstellen!

Pflegemittel wie Duschgel, Haarschampoo usw. können Sie wie gewohnt verwenden!

Wichtig:

Nicht an Wasserhähnen bzw. Armaturen festhalten. Sie könnten diese dabei aus der Wand reißen!

Patientenpass – © K. Klas

35

4.7 Verhalten zu Hause

Patientenpassnummer:



4.7.1 Ernährung

Keine besonderen Vorschriften. Achten Sie auf abwechslungsreiche und ballaststoffreiche Nahrung. Essen Sie viel Obst, Gemüse und Vollkornprodukte. Trinken Sie viel (mindestens 1,5 – 2 Liter z.B. Wasser oder Tee täglich). Sorgen Sie bereits vor dem Krankenhausaufenthalt dafür, dass Sie genügend Lebensmittel zu Hause haben. Fertigmitteln für die Mikrowelle können hilfreich sein. Über das „Rote Kreuz“ (Telefonnummer bei Ihrer lokalen Rot Kreuz – Stelle erfragen) kann ein Menüservice, stehet auf der Homepage des Roten Kreuzes unter: „Pflege und Betreuung zu Hause → Essensausstellung“, angefordert werden. Dies bietet sich an, wenn Sie niemanden haben, der Sie versorgen kann.

4.7.2 Schlafen



Nach der Operation ist die **Rückenlänge am besten geeignet**. Wenn Sie gerne auf der **Seite schlafen**, hilft Ihnen am Anfang ein **großes Kissen oder eine Rolle zwischen den Beinen**, besonders wenn Sie auch beim Schlafen Ihre Orthese tragen müssen.

4.7.3 Anziehen/Ankleiden

Legen Sie sich vor dem Anziehen alle Kleidungsstücke bereit. Setzen Sie sich zum Anziehen hin. Bevorzugen Sie rutschsichere Schuhe in denen Sie guten Halt haben. Schlappen sind nicht günstig → Stolpergefahr!

4.7.4 Hausarbeit, Kochen...

Versuchen Sie für die ersten Wochen Hilfe zu organisieren. Arbeiten bei denen Sie sich bücken müssen – vermeiden! Falls Sie alleine leben wäre es günstig, wenn in den ersten Tagen zu Hause jemand bei Ihnen sein könnte, um Sie zu unterstützen! (Freunde, Verwandte...!). Bedenken Sie, dass sie in den ersten ein bis zwei Wochen mit Krücken gehen müssen, um das Knie zu entlasten. Der Transport von Essen und Trinken ist dadurch nicht so einfach möglich. Wenn Sie alleine daheim sind, bereiten Sie sich eine Umhängetasche, eine Trinkflasche und eine Lebensmittelbox vor, um Ihr Essen z.B. aus der Küche zum Esstisch bzw. Ihrem „Liegeplatz“ transportieren zu können. Unnötige Wege vermeiden, besonders so lange Sie noch Krücken benötigen!

Patientenpass – © K. Klas

36

4.7.5 Autofahren

Erst wieder Autofahren, wenn Ihr Arzt/Ihre Ärztin es erlaubt!
So lange Sie **Krutchen** verwenden, **Schmerzmittel** einnehmen oder eine **Orthese** tragen müssen, ist das **Autofahren streng verboten!**
Mitfahren ist natürlich von Anfang an erlaubt.

Beim Einsteigen ins Auto:

Setzen Sie sich zuerst quer auf den Sitz. Heben Sie dann beide Beine ins Auto. Das gesunde Knie sollte günstiger Weise in der Mitte des Fahrzeuges sein (z. B. rechtes Knie operiert, auf der rechten Seite des Autos Platz nehmen. Linkes Knie – umgekehrt). Sie können beim Einsteigen auch das operierte Bein auf das gesunde Bein legen und so in das Auto „heben“.

4.7.6 Körperliche Aktivitäten

Dazu bekommen Sie vom Arzt/Ärztin genaue Informationen. Diese werden im Feld „**Ziele bis zur nächsten Kontrolle**“ vermerkt. Auch der/die Physiotherapeutin wird Ihnen genau sagen, was Sie alles machen dürfen!

4.7.7 Sexualität

In den ersten Wochen sollten Sie das operierte Kniegelenk nicht stark abbeugen. Auch Drehbewegungen und knien sollten Sie vermeiden. Generell ist aber gegen sexuelle Aktivitäten nichts einzuwenden. Falls Sie unsicher sind, welche Bewegungen sie machen dürfen, scheuen Sie sich nicht Ihren Arzt/Ihre Ärztin oder die Physiotherapeutinnen um Rat zu fragen!

5 Meine Arzttermine

1. Kontrolltermin: 7-10 Tage nach OP - am:
Der Arzt/die Ärztin kontrolliert Ihre Wunden. Die Nahte werden entfernt. Das Kniegelenk wird untersucht.

Fragen an meinen Arzt/Ärztin

Schwellung, Bewegungsfähigkeit:

Wunden:

Ziel bis zur nächsten Kontrolle:

Hilfsmittel:

Krutchen:

Orthese-Einstellung:

Camoped Schiene-Einstellung:

Medikamente	IE	Morgens	Mittags	Abends
Fragmin®	mg			
Loventor®	mg			
Seracel®	mg			
Agoplor®	mg			

Patientenpassnummer:

2. Kontrolltermin: ca. 3 Wochen nach OP am:.....

Der Arzt/die Ärztin kontrolliert Ihre Wunden.
Das Kniegelenk wird untersucht.

Fragen an meinen Arzt/Ärztin

Schwellung, Bewegungsfähigkeit, Narben:

Ziele bis zur nächsten Kontrolle:

Hilfsmittel:

Orthese-Einstellung:

Canoped-Schiene-Einstellung:

Medikamente

Präparat	IE	Morgens	Mittags	Abends
Loventox®	mg			
Seractin®	mg			
Agapion®	mg			

Patientenpassnummer:

3. Kontrolltermin: ca. 6 Wochen nach OP am:.....

Das Kniegelenk wird untersucht. Termin für ein Kontrollröntgen ausmachen.
Verordnungschein für das Kontrollröntgen! ☐ mitgegeben!

Fragen an meinen Arzt/Ärztin

Schwellung, Bewegungsfähigkeit, Narben:

Ziele bis zur nächsten Kontrolle:

Hilfsmittel:

Orthese-Einstellung:

Canoped-Schiene-Einstellung:

Medikamente

Präparat	Morgens	Mittags	Abends

Patientenpassnummer:

4. Kontrolltermin: ca. **12 Wochen** nach OP am:.....

Das Kniegelenk wird untersucht.

Zum nächsten Kontrolltermin in 6 Monaten benötigt Ihr Arzt/Ihre Ärztin wieder ein Kontrollröntgen.

Verordnungschein mitgeben: ☐ JA ☐ NEIN

Fragen an meinen Arzt/Ärztin

- Röntgebilder mitbringen!

Schwellung, Bewegungsfähigkeit, Narben:

Ziele bis zur nächsten Kontrolle:

Hilfsmittel:

Medikamente	Morgens	Mittags	Abends

Patientenpassnummer:

5. Kontrolltermin: ca. **6 Monate** nach OP am:.....

Das Kniegelenk wird untersucht.

Zum nächsten Kontrolltermin in 6 Monaten (1 Jahr nach der Operation) benötigt Ihr Arzt/Ihre Ärztin wieder ein Kontrollröntgen.

Verordnungschein mitgeben: ☐ JA ☐ NEIN

Fragen an meine(n) Arzt/Ärztin

- Röntgebilder mitbringen!

Schwellung, Bewegungsfähigkeit, Narben:

Ziele bis zur nächsten Kontrolle:

Hilfsmittel:

Medikamente	Morgens	Mittags	Abends

Patientenpassnummer:

6. Kontrolltermin: ca. 1 Jahr nach OP am:.....



Das Kniegelenk wird untersucht

Zum nächsten Kontrolltermin in 1 Jahr benötigt Ihr Arzt/Ihre Ärztin wieder ein Kontrollröntgen.

Verordnungsschein mitgeben:

☐ JA☐ NEIN

Fragen an meine(n) Arzt/Ärztin

- Röntgenbilder mitbringen!

Beurteilung Knie (Schwellung, Bewegungsfähigkeit, Narben):

Ziele bis zur nächsten Kontrolle:

Patientenpassnummer:

7. Kontrolltermin: ca. 2 Jahre nach OP am:.....



Heute ist der letzte Kontrolltermin. Das Kniegelenk wird untersucht

Fragen an meine(n) Arzt/Ärztin

- Röntgenbilder mitbringen!

Beurteilung Knie (Schwellung, Bewegungsfähigkeit, Narben):

Ziele bis auf Weiteres:

Sonstiges:

Patientenpassnummer:

6 Meine Physiotherapietermine

1.Termin: am:.....

Die Therapeutin/der Therapeut wird Ihr Kniegelenk untersuchen
(Beweglichkeit, Schwellung, Schmerzen, ...)

Fragen an meine(n) Therapeuten/Therapeutin

Übungen:

Übung Nr.:.....	Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	Übung Nr.:.....	

Ziele bis zum nächsten Termin:

Patientenpassnummer:

2.Termin: am:.....

Die Therapeutin/der Therapeut wird Ihr Kniegelenk untersuchen
(Beweglichkeit, Schwellung, Schmerzen, ...)

Fragen an meine(n) Therapeuten/Therapeutin

Übungen:

Übung Nr.:.....	Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	Übung Nr.:.....	

Ziele bis zum nächsten Termin:

Patientenpassnummer:

3.Termin: am:.....



Die Therapeutin/der Therapeut wird Ihr Kniegelenk untersuchen (Beweglichkeit, Schwellung, Schmerzen, ...)

Fragen an meine(n) Therapeuten/Therapeutin

Übungen:

Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	

Ziele bis zum nächsten Termin:

Patientenpassnummer:

4.Termin: am:.....



Die Therapeutin/der Therapeut wird Ihr Kniegelenk untersuchen (Beweglichkeit, Schwellung, Schmerzen, ...)

Fragen an meine(n) Therapeuten/Therapeutin

Übungen:

Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	

Ziele bis zum nächsten Termin:

Patientenpassnummer:

5. Termin: am:.....



Die Therapeutin/der Therapeut wird Ihr Kniegelenk untersuchen
(Beweglichkeit, Schwellung, Schmerzen, ...)

Fragen an meine(n) Therapeuten/Therapeutin

Übungen:

Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	

Ziele bis zum nächsten Termin:

Patientenpassnummer:

6. Termin: am:.....



Die Therapeutin/der Therapeut wird Ihr Kniegelenk untersuchen
(Beweglichkeit, Schwellung, Schmerzen, ...)

Fragen an meine(n) Therapeuten/Therapeutin

Übungen:

Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	

Ziele bis zum nächsten Termin:

Patientenpassnummer:

7.Termin: am:.....



Die Therapeutin/der Therapeut wird Ihr Kniegelenk untersuchen (Beweglichkeit, Schwellung, Schmerzen, ...)

Fragen an meine(n) Therapeuten/Therapeutin

Übungen:

Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	

Ziele bis zum nächsten Termin:

Patientenpassnummer:

8. Termin: am:.....



Die Therapeutin/der Therapeut wird Ihr Kniegelenk untersuchen (Beweglichkeit, Schwellung, Schmerzen, ...)

Fragen an meine(n) Therapeuten/Therapeutin

Übungen:

Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	
Übung Nr.:.....	

Ziele bis zum nächsten Termin:

9. Termin: am:..... Die Therapeutin/der Therapeut wird Ihr Kniegelenk untersuchen (Beweglichkeit, Schwellung, Schmerzen, ...) Fragen an meine(n) Therapeuten/Therapeutin	10. Termin: am:..... Die Therapeutin/der Therapeut wird Ihr Kniegelenk untersuchen (Beweglichkeit, Schwellung, Schmerzen, ...) Fragen an meine(n) Therapeuten/Therapeutin																
Übungen: <table><tr><td>Übung Nr:.....</td><td></td></tr><tr><td>Übung Nr:.....</td><td></td></tr><tr><td>Übung Nr:.....</td><td></td></tr><tr><td>Übung Nr:.....</td><td></td></tr></table> Ziele bis zum nächsten Termin:	Übung Nr:.....		Übung Nr:.....		Übung Nr:.....		Übung Nr:.....		Übungen: <table><tr><td>Übung Nr:.....</td><td></td></tr><tr><td>Übung Nr:.....</td><td></td></tr><tr><td>Übung Nr:.....</td><td></td></tr><tr><td>Übung Nr:.....</td><td></td></tr></table> Ziele bis zum nächsten Termin:	Übung Nr:.....		Übung Nr:.....		Übung Nr:.....		Übung Nr:.....	
Übung Nr:.....																	
Übung Nr:.....																	
Übung Nr:.....																	
Übung Nr:.....																	
Übung Nr:.....																	
Übung Nr:.....																	
Übung Nr:.....																	
Übung Nr:.....																	
Patientenpass – © K. Klas 53	Patientenpass – © K. Klas 54																

7 Fotos – Übungen

Patientenpassnummer:



Übung 1: Auf- und Abbewegen des Vorfußes (Beugen und Strecken)



Übung 2:

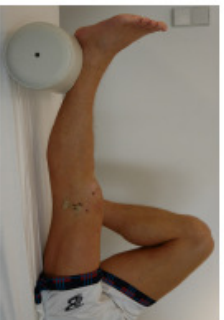
Bein flach lagern, ohne Polster unter dem operierten Knie.
Das Knie ist in Streckstellung!



Übung 3:

Polster oder Rolle unter die Ferse legen und das Knie durchhängen lassen

Wichtig:
Knie nicht mit Gewalt durchdrücken! Nur bis zur Schmerzgrenze!



Patientenpass – © K. Klas

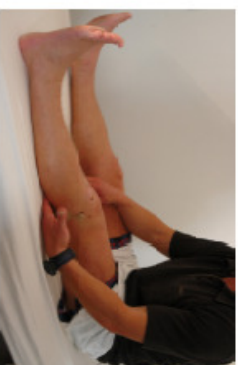
55

Patientenpassnummer:



Übung 4:

Sitzen mit gestreckten Beinen. Die Muskulatur auf der Vorderseite des Oberschenkels anspannen. Stellen Sie sich vor, Sie wollen die Kniekehle in die Matratze drücken!



Übung 5:

Knie innerhalb des schmerzfreien Bereiches aufstellen
Ferse Richtung Gesäß ziehen und dort halten (Ferse in die Unterlage drücken) und Muskulatur auf der Rückseite des Oberschenkels anspannen.



Übung 6:

In die Seitenlage drehen, mit dem operierten Bein oben. Operiertes Bein hochheben und absenken, aber nicht ablegen.
Oberschenkel in Verlängerung des Oberkörpers, ohne Beugung in der Hüfte



Patientenpass – © K. Klas

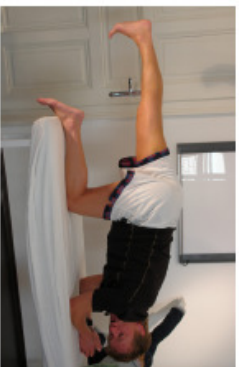
56

Übung 7:



Mit dem gesunden Bein knien und beide Unterarme aufstützen. Operiertes Bein gestreckt hochheben und die Ferse Richtung Decke heben.

Wichtig:
Kein Hohlkreuz machen!
(Nabel zur Wirbelsäule ziehen)



Übung 8:

Setzen Sie sich auf einen Sessel oder das Bett.

Die Fußsohle des operierten Beins wird auf einen kleinen Ball gelegt.

Rollen Sie den Ball mit dem operierten Bein vor und zurück.



Übung 9:

Bewusstes Anspannen der vorderen Oberschenkelmuskulatur (M. vastus medialis und lateralis, M. Quadriceps).

Prüfen Sie die Muskelspannung mit Ihrer Hand nach!



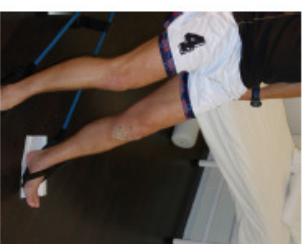
Übung 10:



Auf die Bett- oder Sesselkante setzen. Sportcord oder Theraband mit einem Ende hinten unten (z.B. Tischbein, Bettbein) und dem anderen Ende am Fuß befestigen.

Vorfuß hochziehen, Ferse am Boden verschieben bis das Knie gestreckt ist. Muskelspannung im Oberschenkel halten. Bein wieder langsam in die Ausgangsstellung zurück schieben.

Wichtig:
Auf die Zugrichtung und die Beinachse achten!



Übung 11:

Auf die Bett- oder Sesselkante setzen. Sportcord/Theraband vorne befestigen (z.B. am Tischbein), Vorfuß hochziehen, Ferse am Boden nach hinten schieben. Muskelspannung im Oberschenkel halten. Bein wieder langsam in die Ausgangsstellung zurück bringen.



Übung 12:

Mit gestreckten Beinen auf das Bett setzen und Polster oder eine Rolle unter das operierte Knie legen. Mit Daumen und Zeigefingern beider Hände die Kniekehle des operierten Knies umfassen und in alle Richtungen bewegen.



Patientenpassnummer:



Übung 13:

Theraband oberhalb des Knies vor dem Körper befestigen. Falls Sie sehr unsicher stehen, bei der Übung absützen. Das operierte Bein wird nach hinten weggestreckt und wieder zurück neben das andere Bein gestellt.

Wichtig:

Kein Hohlkreuz machen!
(Nabel zur Wirbelsäule ziehen)

Übung 14:

Theraband oberhalb des Knies hinter dem Körper befestigen. Falls Sie sehr unsicher stehen, bei der Übung absützen! Das operierte Bein wird nach vorne weggestreckt und wieder zurück neben das gesunde Bein gestellt.

Wichtig:

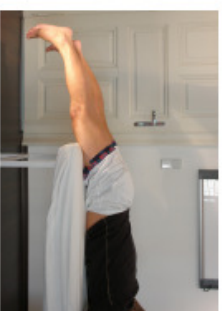
Kein Hohlkreuz machen!
(Nabel zur Wirbelsäule ziehen)



Patientenpass – © K. Klas

59

Patientenpassnummer:



Übung 15:

In der Bauchlage beide Knie über die Bettkante hängen lassen.

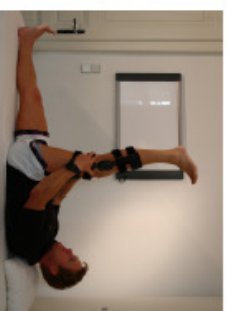
Langsam und ohne Anspannung beide Beine hängen lassen, bis sie gestreckt sind.

Übung 16:

Mit beiden Händen das operierte Bein am hinteren Oberschenkel umgreifen, hochziehen und dann soweit als möglich das Knie strecken.

Wichtig:

Das andere Bein bleibt gestreckt auf der Unterlage liegen.

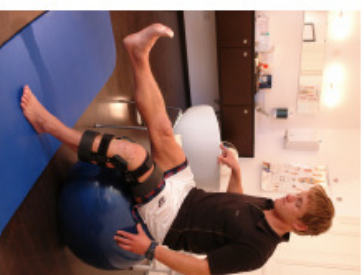


Übung 17:

Sitz am Gymnastikball, die Beine auf eine rutschfeste Unterlage stellen.

Das operierte Bein steht auf dem Boden.

Das gesunde Bein wird nach vorne gestreckt gehoben.



Patientenpass – © K. Klas

60

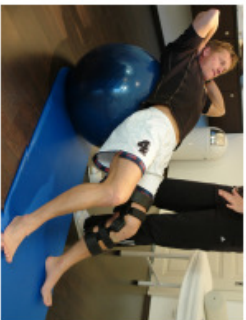


Übung 18:

Sitz am Gymnastikball, die Beine auf eine rutschfeste Unterlage stellen.

Beine abwechselnd gebeugt heben.

Mit dem gegenüberliegenden Arm mitarbeiten → rechtes Bein und linken Arm hochheben.



Übung 19:

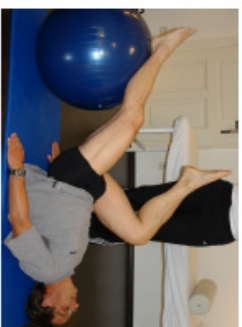
Sitz auf dem Ball. Soweit nach vorne „gehen“, dass der Rücken am Ball liegen bleibt und die Füße einen guten Stand haben.

Wenn möglich, das gesunde Bein gestreckt abheben.



Übung 20:

In Rückenlage beide Unterschenkel und Fersen auf den Gymnastikball legen. Das Becken hochheben. Dadurch Spannung der hinteren Oberschenkelmuskulatur.



Übung 21:

(Steigerung von Ü 20)

Operiertes Bein gestreckt auf den Ball legen. Das Becken dabei hoch heben und das gesunde Bein beugen. Dann Beugung wechseln: das operierte Bein wird auf dem Ball gebeugt und das gesunde Bein gestreckt hoch gehoben.

Übung 22:

Training der Propriozeption. Beide Beine stehen auf dem Kreis, versuchen Sie das Gleichgewicht zu halten!

- 1) mit offenen Augen
- 2) mit geschlossenen Augen

Steigerung der Übung:

Einbeiniger Stand auf dem Kreis, und Gleichgewicht halten!

- 1) mit offenen Augen
- 2) mit geschlossenen Augen



Patientenpassnummer:



Übung 23

Wie Übung 22 aber als Steigerung wird ein Ball in die Höhe geworfen und mit beiden Händen wieder gefangen.

Diese Übung kann beidbeinig und als Steigerung auch einbeinig durchgeführt werden.
Die Augen sind dabei natürlich geöffnet!

Patientenpass – © K. Klas

63

Patientenpassnummer:



Übung 24

Band an der Tür befestigen. Stehen Sie seitlich zur Tür das operierte Bein schaut zur Tür) auf dem operierten Bein.
Das Band spannen und auf Zug gehen.
Leicht in die Knie gehen. Nicht zur Tür ziehen lassen.

Übung 25

Mit dem operierten Bein seitlich auf das Trampolin steigen.

Blieben Sie für 7-8 Sekunden nur auf dem operierten Bein stehen.

Achten Sie auf die richtige Beinachse.

Dann mit dem gesunden Bein wieder auf den Boden steigen.



Patientenpass – © K. Klas

64



Übung 26

Mit dem operierten Bein auf die Steppstufe steigen. Langsam das Gewicht auf das operierte Bein bringen.

Das andere Bein tippt einmal vor der Stufe und einmal hinter der Stufe auf den Boden.



8 Topfennuschlag = Topfenwickel

Topfen besteht aus Milchserum, Fett und Molke. Kommt er mit der Haut in Berührung leitet er einen Milchsäureprozess ein und zieht Entzündungsstoffe an.

Der Topfen wirkt unter anderem entzündungshemmend, schmerzlindernd und kühlend. Topfen ist sehr hautverträglich. Der Topfennuschlag kann auch bei empfindlicher Haut gemacht werden.

WICHTIG:

Bei einer Milchprotein-Allergie dürfen Sie den Topfennuschlag NICHT machen!

8.1 „Zutaten“ für einen Topfennuschlag:

Für einen Topfennuschlag brauchen Sie circa **250 – 500g Topfen** und **Wasser** (wie viel Wasser Sie benötigen hängt davon ab, wie „trocken“ der Topfen ist). Beides rühren Sie zu einem glatten, dicken Brei. Als **Innentuch** verwenden Sie am besten eine Mullbinde oder ein dünnes Tuch aus Baumwolle. Für das **Zwischentuch** eignet sich gut ein Handtuch. Als **Außentuch** können Sie zum Beispiel ein **Badetuch** oder ein großes Wolltuch verwenden.



Patientenpassnummer:

8.1.1 Durchführung → Topfenumschlag



Den Topfen einige Zeit vor der Verwendung aus dem Kühlschrank nehmen. Bei **Zimmertemperatur** stehen lassen, damit er nicht zu kalt ist. Dann wird der Topfen **glatt gerührt** (eventuell mit etwas Wasser mischen). Den Topfenbrei streichen Sie **1/2 cm dick auf ein dünnes Baumwolltuch** und schlagen die Ränder ein. Es sollte ein Päckchen entstehen mit vier Schichten Stoff auf einer Seite und einer Schicht Stoff auf der anderen.



Patientenpassnummer:



Zwischen den Stoffschichten befindet sich der Topfenbrei. Dieses fertige Päckchen wird mit der Seite, auf der nur eine Stoffschicht ist, auf das Knie gelegt.



Darüber kommt das **Zwischentuch** zum Auffangen der Feuchtigkeit.



Zum Abschluss mit dem **Außentuch** fixieren. Das Bett kann durch ein zusätzliches Badetuch vor Nässe geschützt werden.

Wichtig:

Den Topfenumschlag **wieder entfernen, wenn er warm wird und der Topfen eintrocknet.**

9 Thrombosespritze

Das Medikament gegen eine Thrombose muss unter die Haut gespritzt werden. Man nennt das auch „subcutan“ spritzen. Am Anfang kostet es Überwindung und Mut sich selbst eine Spritze zu geben! Auch für medienische Laien ist nicht schwer zu lernen, wie man so eine Spritze setzt (z.B.: Zuckerkrank = Diabetiker spritzen ihr Insulin täglich selbst unter die Haut).

Sie lernen entweder in der Arztpraxis oder im Krankenhaus, wie Sie sich diese Spritze setzen. Üben Sie das Spritzen mit einer Pflegeperson während sie im Krankenhaus sind. Sie hilft Ihnen gerne und gibt Ihnen Tipps!

Es gibt dieses Medikament mit verschiedenen Namen z.B.: **Lowemox®** oder **Fragmin®**.



9.1 Durchführung im Überblick

1. alles vorbereiten
2. Hände waschen
3. Injektionsstelle aussuchen
4. Einstichstelle desinfizieren und circa eine Minute warten. Nicht mehr auf die desinfizierte Stelle greifen!
5. Hautfalte mit zwei Fingern bühlen
6. Spritze in die Hautfalte setzen
7. eventuell Blut abwischen
8. Nadel mit Verschlusskappe schützen
9. Spritze wegwerfen
10. **FERTIG!**

Wichtig!

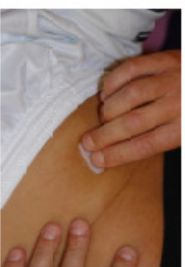
Sie müssen dieses Medikament 1x am Tag für 3-4 Wochen spritzen, um die Gefahr eines Blutgerinnsels so klein wie möglich zu halten!

Die Spritze NICHT jeden Tag an derselben Stelle verabreichen!

9.2 Anleitung für das Setzen der Thrombosespritze



Bereiten Sie alles vor und nehmen Sie sich Zeit! Waschen Sie sich die Hände. Desinfektionssmittel (bei Fertigtupfern die Verpackung öffnen) und Tupfer bereitlegen. Spritze aus der Verpackung nehmen.



Suchen Sie sich die Stelle aus, an der Sie die Spritze setzen wollen. Am Besten geeignet ist der Bauch oder der Oberschenkel. (hier der Bauch!) Desinfizieren Sie die Stelle einmal mit einem „Wisch“. **Nicht mehr auf die desinfizierte Stelle greifen!**



Verschlusskappe von der Nadel nehmen. Eine Hautfalte abheben. Nadel einstechen und zügig das Medikament in die Hautfalte drücken. Beim Einspritzen kann das Medikament ein bisschen brennen, das ist normal und braucht Sie nicht zu beunruhigen.

Nachdem der Inhalt der Spritze verabreicht wurde, die Nadel wieder aus der Hautfalte ziehen. Falls der Einstich blutet, wischen Sie mit dem Desinfektionstupfer nochmals über die Einstichstelle.



Setzen Sie die Verschlusskappe vorsichtig wieder auf die Nadel und werfen Sie die Spritze in den Restmüll. Es ist normal, dass sich an der Einstichstelle ein kleiner Bluterguss bildet. Das braucht Sie nicht zu beunruhigen!

Podiatropasammlung		Podiatropasammlung	
10 Fremdwörterverzeichnis <i>anterior</i> = vorne <i>Artrose</i> = Knorpelverschleiß = Knorpelabnutzung <i>Arthroskopie</i> = Gelenkspiegelung <i>Caput fibulae</i> = Wadenbeinköpfchen liegt nahe beim Kniegelenk <i>Degeneration</i> = Verschleiß <i>desinfizieren</i> = keimarm machen <i>dorsal</i> = hinten <i>Drainage</i> = Schlauch zum Ableiten von Wundsekret <i>Erguss</i> = Flüssigkeitsansammlung z.B. in einem Gelenk <i>Femur</i> = Oberschenkel <i>Femurocondyle</i> = Oberschenkelrolle <i>Fibula</i> = Wadenbein <i>Fibulaköpfchen</i> = Wadenbeinköpfchen, liegt nahe beim Kniegelenk <i>Gastritis</i> = Magenschleimhautentzündung <i>Genu, Gon</i> = Knie, Kniegelenk <i>Gonarthrose</i> = Kniegelenksabnutzung <i>Gracilsehne</i> = Sehne an der Innenseite des Oberschenkels <i>Hamstrings</i> = Muskelgruppe an der Innen- u. Hinterseite des Oberschenkels <i>Hoffa</i> = Fettkörper des Kniegelenks <i>lateral</i> = seitlich <i>Ligamentum collaterale mediale</i> = Seitenband innen <i>Ligamentum collaterale laterale</i> = Seitenband außen <i>Ligamentum cruciatum anterior</i> = vorderes Kreuzband <i>Ligamentum cruciatum posterior</i> = hinteres Kreuzband <i>Meniscus medialis</i> = Innenmeniskus <i>Meniscus lateralis</i> = Außenmeniskus <i>MRT</i> = Magnetresonanztomografie, Kernspintomografie <i>Musculus</i> = Muskel <i>Os</i> = Knochen <i>Patella</i> = Kniescheibe <i>Patellasehne</i> = Knieschnelsehne <i>posterior</i> = hinten	71	<i>popliteal</i> = in der Kniekehle, die Kniekehle betreffend <i>Propriozeptoren</i> = „Messfühler“ in den Kreuzbändern <i>Protrusion</i> = Vorwölbung <i>Quadriceps</i> = vorderer Oberschenkelmuskel <i>Quadricepssehne</i> = vordere Oberschenkelsehne <i>Semitendinosusehne</i> = Sehne an der Innenseite des Oberschenkels <i>spinal</i> = die Wirbelsäule betreffend <i>subcutan</i> = unter der/der Haut <i>Tibia</i> = Schienbein <i>Tibiaplateau</i> = Gelenk bildende Oberfläche des Schienbeins <i>Thrombose</i> = Blutgerinnsel in einer Vene <i>Tuberositas tibiae</i> = raue Stelle beim Ansatz der Knieschnelsehne am Schienbein <i>Tumor</i> = Geschwulst <i>Ulcus</i> = Geschwür <i>Ulcus ventriculi</i> = Magengeschwür <i>ventral</i> = vorne	72

16.3 Abstract

Schwerpunkt dieser Arbeit ist die Entwicklung eines multiprofessionell nutzbaren Mediums zur perioperativen Begleitung von Patientinnen und Patienten exemplarisch für das Krankheitsbild einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes. Dieses wird in Form eines Patientenpasses gestaltet, in dem Patientinnen und Patienten, die Pflege, MedizinerInnen und Therapeutinnen sowie Therapeuten eintragen und somit schriftlich miteinander und untereinander kommunizieren können. Die definierten Inhalte im Patientenpass sind vollständig wissenschaftlich belegt und Textpassagen exemplarisch auf deren Lesbarkeit überprüft. Der Einsatz des Patientenpasses wurde mittels Evaluationsuntersuchung überprüft und die gewonnen Erkenntnisse stellen sich wie folgt dar: Die Patientinnen und Patienten empfanden durch die Verwendung des Patientenpasses, mit dem notwendige Informationen immer wieder abrufbar waren, mehr Sicherheit und weniger Angst im perioperativen Setting. Der Patientenpass offerierte quasi einen roten Faden durch ihre Behandlungszeit. Folglich lässt sich der Schluss ziehen, dass für eine umfassende perioperative Information, Aufklärung und Beratung, der zusätzliche Einsatz von schriftlichen Unterlagen in Form des Patientenpasses empfohlen werden kann, bietet dieser nicht nur für Patientinnen und Patienten umfangreiche Informationen zur Behandlung, sondern auch für die BehandlerInnen Sicherheit alle relevanten Themenbereich im perioperativen Setting angesprochen zu haben und den Stand der Behandlung durch die jeweils andere Profession nachlesen zu können.

The main focus of this work is to provide an insight into the development of a multiprofessional usable tool for the accompaniment of patients in the perioperative setting with a replacement operation of the ACL. The content of this tool, called Patientenpass, has been proved scientifically. The Patientenpass can and should be used by all participants (patients, doctors, nurses, therapists) in the perioperative setting. During the evaluation of the use of this new medium all the patients perceived a feeling of safety and loss of anxiety due to the increase of their information level. The more information they received the higher was the subjective feeling of safety and the lower dropped the level of fear. The explanation for this phenomenon from the patient's sight was that they had guidance throughout their perioperative time with the Patientenpass. Also the participating doctor stated that he had a greater "safety level" if this tool is used properly and as intended. The explanation of this is because of the structure in the Patientenpass. On one hand no information could be forgotten to talk about if the patient information is given according to the Patientenpass. On the other hand the doctor has the prove which information he had given to the patient. Further all users of the Patientenpass can see and read what the other profession has stated to the patient or which goals have been defined.

16.4 Lebenslauf

Zur Person:

Name	Karin KLAS , geborene Pinter
Geburtsdatum	24. Oktober 1964
Geburtsort	Wien
Staatsbürgerschaft	Österreich
Familienstand	verheiratet, 2 Kinder
Wohnort	A-2102 Bisamberg, Korneuburgerstraße 37

Schulbildung, Berufsaus- und Weiterbildung:

1981 – 1984	Krankenpflegeschule am Wilhelminenspital der Stadt Wien
13. 09. 1984	Diplom der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege
1986 – 1988	Sonderausbildung für Intensivpflege und Dialyse für Erwachsene und Kinder, AKH Wien
14.03.2003	Berufsreifeprüfung mit Auszeichnung
2007 – 2009	Universitätslehrgang „Lehrend“ für Gesundheits- und Krankenpflegepersonal an der Universität Wien, Abschluss mit Auszeichnung
Seit 2006	Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien

Berufslaufbahn:

1984 – 1985	chirurgische Abteilung, Krankenhaus Eggenburg, NÖ
1985 – 1988	IBST II, Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, AKH Wien
1988 – 1989	Anästhesiologische IBST, Städtisches Klinikum Darmstadt, D
1990 – 1991	Außendienst und Schulung, Fa. KCI Medical, D
1993 – 1999	Anästhesiologische IBST, Städtisches Klinikum Darmstadt, D
2001 – 2005	Anästhesiologische IBST, SMZ-Ost Wien
Seit 2006	Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege, Akademie für Fort- u. Sonderausbildungen am AKH Wien, Bereich Pflege
Seit 2009	kooptiertes Vorstandsmitglied im österreichischen Berufsverband für Intensivpflege- und Anästhesiepflegepersonal
Seit 2011	österreichische Delegierte bei der EfCCNa (European federation of Critical Care Nurses associations)

Auslandsaufenthalte:

1988 – 1991	Darmstadt / D
1991 – 1992	Berkeley / Kalifornien / USA
1992 - 1996	Darmstadt / D
1996 – 2000	Ulm a. d. Donau / D